

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE POSTGRADO**

**Contribución de una intervención educativa con madres  
del distrito de Ventanilla para el control de las  
infecciones virales en el hogar, noviembre 2008 - marzo  
2009**

**TESIS:**

para optar el grado de Magíster con Mención en Salud Pública

**AUTOR:**

Mónica Cristina Briceño Aliaga

**ASESOR:**

Pedro Valencia Vásquez

**Lima – Perú**

**2011**

A la Dra. Janina Moquillaza Sanchez  
Doctora en Filosofía de la Antropología de la Educación  
Doctora en Educación: área currículo intercultural,  
Graduada en Comunicación Social-Río de Janeiro

*Por su pasión para enseñarnos con claridad y sencillez  
el camino de la Investigación Cualitativa*

*Por sus aportes, revisiones, asesoría y*

*Por su estímulo decisivo con la presentación de su trabajo  
"Mito-hermenéutica de lo femenino en la antropología de la  
Educación: Interculturalidad Brasil-Perú", que me permitió  
la culminación del proyecto emprendido.*

# INDICE

## RESUMEN

	<b>Pág.</b>
<b>CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1-4</b>
APROXIMANDONOS AL CAMINO SEGUIDO DE LA PRACTICA CLINICA HACIA LA INVESTIGACION ACCION EN INFECCIONES VIRALES	
<b>CAPITULO II. MARCO TEORICO</b>	<b>5-27</b>
II.1 MARCO REFERENCIAL: TRABAJOS QUE ANTECEDIERON A NUESTRA INTERVENCION EDUCATIVA CON MADRES	5-8
II.2 BASES TEORICAS: SENTANDO LAS BASES TEORICAS, EPISTEMOLOGICAS DE LA INVESTIGACION ACCION EN INFECCIONES VIRALES	9-26
II.3 DEFINICION CONCEPTUAL DE TERMINOS	27
<b>CAPITULO III. METODOLOGIA</b>	<b>28-35</b>
CONSTRUCCION DE LA METODOLOGIA DE INVESTIGACION ACCION CON MADRES DEL DISTRITO DE VENTANILLA	
<b>CAPITULO IV. RESULTADOS</b>	<b>36-62</b>
IV.1 DEL DIAGNÓSTICO DE LAS BRECHAS PARA EL MANEJO DE LAS INFECCIONES VIRALES EN EL HOGAR.	36-53
IV. .2 DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON MADRES SOBRE CONTROL DE LAS INFECCIONES VIRALES EN EL HOGAR.	54-58
IV. 3 CAMBIOS EN LAS MADRES DE LA INVESTIGACION ACCION: CONTROL DE LAS INFECCIONES VIRALES EN EL HOGAR	59-61

<b>CAPITULO V. DISCUSION.</b> DE LA EVALUACIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL CONTROL DE LAS INFECCIONES VIRALES EN EL HOGAR.	<b>62-66</b>
<b>CAPITULO VI.</b> CONCLUSIONES	<b>67-68</b>
<b>CAPITULO VII.</b> RECOMENDACIONES	<b>69</b>
<b>CAPITULO VIII.</b> BIBLIOGRAFIA	<b>70-77</b>
<b>ANEXOS IX</b>	<b>78-125</b>

## **RESUMEN**

Las infecciones virales son la principal causa de infecciones respiratorias agudas, en la mayoría de los casos requieren tratamiento con medidas generales.

Objetivo: realizar una Intervención educativa con madres para el control de las infecciones virales leves en el hogar.

Metodología: Investigación cualitativa tipo Investigación acción con madres, de noviembre del 2008 a marzo del 2009.

El estudio tuvo una fase diagnóstica de brechas en el manejo de las infecciones virales a través de un estudio etnográfico, etnológico y de observación actitudinal.

Una fase de intervención con uso de metodología participativa y una fase de evaluación.

Resultados: En la observación actitudinal las madres presentaron características con predominio de ansiedad. En el estudio etnológico desconocimiento de los virus como agentes causales; consideran que los resfriados se tratan con antibióticos; prevalecen pensamientos de no saber qué hacer y desesperación.

En el estudio etnográfico predominaron las viviendas en asentamientos humanos, a más de 30 minutos de distancia del Policlínico, con áreas colindantes de tierra, construcción de madera, sin servicios intradomiciliarios de agua y desagüe. Constitución familiar predominante de tipo nuclear. Lograron conocer las infecciones virales, su manejo sintomático en el hogar; cambio de actitud al referir sentirse más tranquilas, a seguir paso a paso y a saber que pueden aplicar lo aprendido.

Conclusión: Una intervención educativa con metodología participativa considerando aspectos conceptuales, procedimentales y actitudinales logra que las madres controlen las infecciones virales no complicadas en el hogar confiando en sus capacidades desarrolladas.

## ABSTRACT

Viral infections are the main cause of acute respiratory infections; in the majority of cases they only require general measurements for treatment.

**Objective:** make on an educational intervention with mothers in order to control the mild viral infections at home.

**Methods:** Qualitative research, actions with mothers from November 2008 to March 2009

The study had a diagnostic phase of breaches in the management of viral infections through an ethnographic study, ethnological and observation of attitudes.

One phase of intervention using participation methodology and a phase of evaluation.

### **Results:**

They presented in the observation characteristics with predominance of anxiety. In the ethnological study, lack of knowledge of the virus as a causal agent; they believe that cold symptoms are treated with antibiotics; it is prevalent in their minds not to know what to do and despair.

In the ethnographic study, there was predominance of housing in human settlements, located more than 30 minutes from the policlinics, surrounded by land, wood constructions without water and drainage system. The main family type was the nuclear type.

They learned about viral infections, the symptomatic management at home; change of attitude while saying "they feel calmer", "to follow step by step" and "to know they can apply what they learned".

### **Conclusion:**

An educational intervention applying a participation methodology, considering concepts, procedures and changes in attitude get the mothers management at home viral infections not complicate trusting its developed capacities.

# **CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **APROXIMANDONOS AL CAMINO SEGUIDO DE LA PRÁCTICA CLINICA HACIA LA INVESTIGACION ACCION EN INFECCIONES VIRALES**

Nuestro trabajo surgió de la observación y contacto diario con madres y familias que acuden con sus niños a consulta y a los servicios de emergencia por casos de infecciones virales leves; de los temores de los padres por los síntomas de los niños; del desconocimiento del manejo sintomático de la fiebre en el hogar y de los signos de alarma por los cuales deben consultar; de los reclamos de los padres en la dificultad en el acceso a la atención; de la automedicación inadecuada; de la prescripción antibiótica frecuente en infecciones virales. Todos estos aspectos nos hicieron reflexionar sobre la necesidad de actuar ante un problema de Salud Pública en el área pediátrica tan frecuente y prioritario como son las Infecciones virales principal causa de las Infecciones respiratorias agudas (IRAS) (1-2).

El centro en el que se realizó el trabajo fue el Policlínico Hermana María Don Rose Sutmoller ESSALUD, centro del primer nivel de atención de la Red Sabogal, en el distrito de Ventanilla, Provincia del Callao, Departamento de Lima- Perú y que registraba como principal motivo de consulta pediátrica las infecciones virales (3).

Los síntomas más frecuentes que acompañan a las infecciones virales con mayor respuesta en el tracto respiratorio son secreción nasal, tos y fiebre.

Cuando los niños con infecciones virales con mayor repercusión respiratoria no complicada accedían a la atención en el policlínico por sus primeros síntomas, como secreción nasal, fiebre de 1 día, tos poco exigente; recibían la indicación de Medidas generales como son limpieza de secreciones nasales, incremento de líquidos, manejo sintomático de la fiebre y detección de signos de alarma y esto a veces originaba en los padres de familia insatisfacción con la prestación del servicio de salud y búsqueda de nuevas consultas por:

- desconocimiento que las infecciones virales se auto limitan;
- desconocimiento que el manejo de las infecciones virales es sintomático;
- demora en el acceso a la atención;
- creencia que toda infección se cura con antibióticos
- temor al síndrome febril
- expectativa de polifarmacia

En un estudio realizado en el Policlínico Don Rose el síndrome febril constituyó (4) la primera causa de atención en la emergencia pediátrica con el 46.82% de atenciones en el año 2005.

Durante el 2007-2009 existió en el Policlínico una demanda de atención pediátrica en consulta externa no satisfecha de manera oportuna que se reflejó en: diferimiento de las citas; congestión en emergencia; solicitud de citas adicionales. Incremento en el porcentaje de deserción en consulta por problemas de salud que se auto limitaron, que buscaron solución en otros establecimientos o que se auto medicaron.

Si extrapolamos el perfil de demanda de consulta del Policlínico a la demanda insatisfecha en la población pediátrica muy probablemente correspondían en un 30 a 46.82% (3,4) a casos de infecciones virales con mayor repercusión respiratoria que no están siendo diagnosticados; que se auto limitaron; que se auto medicaron, o que están congestionando los servicios de emergencia para el manejo sintomático respectivo como por el ejemplo el de la fiebre.

Nuestro abordaje de las infecciones virales se remonta a 1998, año en el que junto a otros colegas, en ese entonces médicos residentes de tercer año de Pediatría, acudimos a brindar capacitación en servicio en el manejo Pediátrico en el Hospital de Talara, en la Provincia de Talara, Departamento de Piura; como representantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos intervención en la que participamos a solicitud del Ministerio de Salud debido al reporte del incremento de muertes infantiles en esa provincia. La revisión de historias clínicas de muertes infantiles y el seguimiento de casos desde su ingreso hospitalario hasta el alta definitiva nos hizo concluir que se trató de una epidemia de Infecciones virales que se presentó con complicaciones como Encefalitis que fue la causa de muerte de los niños menores de 5 años y no Golpe de Calor como afirmaban las fuentes oficiales, lo que fue descrito en nuestras tesis para optar el Título de especialistas en Pediatría (5-7).

La finalidad de esta Tesis fue contribuir a que las madres realicen un control de las infecciones virales no complicadas en el hogar; mejorando sus conocimientos, prácticas y modificando sus actitudes frente a la enfermedad a través de una intervención educativa que considere todo el proceso conceptual, procedimental y actitudinal.

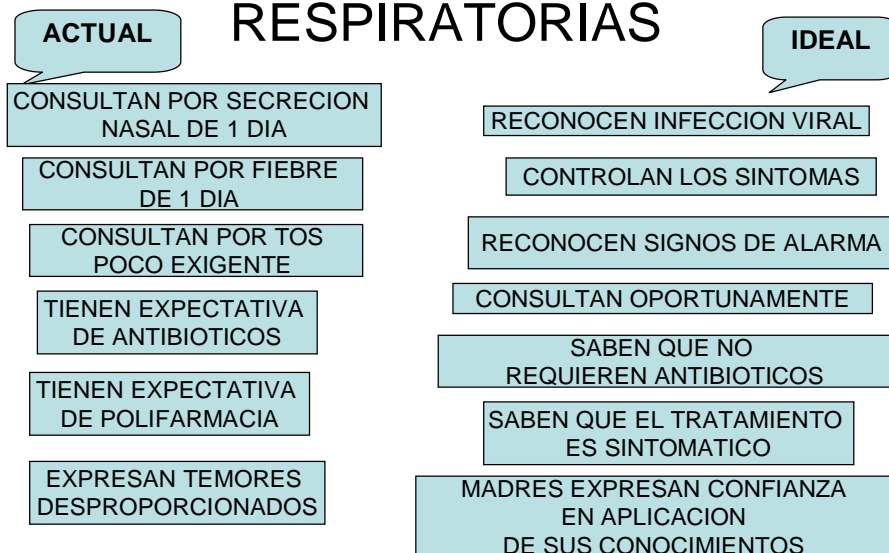
Pensamos que ello puede modificarse al realizar una intervención educativa porque:

- Al difundir las ideas claves, las madres estarían en capacidad de manejar los casos leves de infecciones virales que son la mayoría.
- Al tener un espacio de práctica evaluaríamos sus aprendizajes y tendríamos oportunidad de corregir.
- Aprenderían los motivos de consulta, confiando en sus capacidades, para hacer un mejor uso de los servicios de salud cuando el caso lo amerite.
- Ayudaríamos a que reconozcan algunas características actitudinales a través del concepto de autoestima.



El esquema de nuestra tesis implica que de una situación actual, a través de una intervención educativa lograríamos una situación ideal.

## INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE INFECCIONES VIRALES RESPIRATORIAS



Creo que si los conocimientos sobre Infecciones Virales con mayor respuesta en el aparato respiratorio fueran transferidos a las madres o cuidadores de los niños, contribuiríamos al control de una enfermedad prevalente y al empoderamiento de los recursos en el hogar.

Si consideramos que en la mayoría de los casos, el tratamiento de las infecciones virales consiste en medidas generales comprenderemos que un trabajo de Educación en salud a nivel comunitario favorecería la atención oportuna de los casos, así como un uso adecuado de los servicios.

Esta Tesis abordó el tema de las infecciones virales desde el punto de vista de la Prevención y Promoción de la Salud, con una investigación cualitativa, con la metodología Investigación Acción con un grupo de madres del distrito de Ventanilla durante octubre 2008- marzo 2009.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

En qué medida la educación sobre infecciones virales contribuye a que las madres controlen los casos no complicados en el hogar en el distrito de Ventanilla?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Lograr mediante una intervención educativa que las madres adquieran competencias para el control de las infecciones virales no complicadas en el hogar.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Diagnosticar brechas para el manejo adecuado de las infecciones virales en el hogar.
2. Realizar una intervención educativa con madres sobre control de las infecciones virales no complicadas en el hogar.
3. Evaluar la contribución de la intervención educativa en el control de las Infecciones virales no complicadas en el hogar en el distrito de Ventanilla.

## **CAPITULO II. MARCO TEORICO**

### **II.1 ANTECEDENTES: TRABAJOS QUE ANTECEDIERON A NUESTRA INTERVENCION EDUCATIVA CON MADRES**

En 1991 Elder en Honduras formuló un programa para que las madres aprendieran a reconocer los síntomas de IRA y tomaran medidas apropiadas. La intervención consistió en enseñar a trabajadores de salud los aspectos más importantes del control de las IRAS e inculcarles metodología didáctica para transmitir conceptos a la comunidad. Se utilizaron instrumentos de observación para medir el antes y después de la capacitación de los trabajadores, conocimientos adquiridos por el público y la comunidad. Los resultados indicaron que las técnicas utilizadas ayudaron a que las madres y otros miembros de la comunidad aprendieran a responder con mayor acierto a los episodios de infecciones respiratorias (8).

Pedro José Salinas en 1995 en Venezuela realizó un estudio utilizando una metodología Educativa de un juego participativo con un tablero dividido en cuatro partes: «lo que sabemos», «lo que hacemos», «lo que podríamos hacer» y «hagámoslo juntos». Cada parte contiene diez preguntas sobre actividades a desarrollar, contiene cinco tarjetas que tratan sobre acciones de tipo preventivo; los temas de salud incluidos fueron: infección respiratoria aguda, enfermedades diarreicas, lactancia materna, parasitosis y vacunas. También contiene diez cartoncitos, ocho enumerados y dos cartoncitos «sorpresa» con un signo de interrogación que contiene frases que le dan entusiasmo y alegría al juego. El juego va dirigido a promotores o voluntarios comunales de salud, a madres de familia, educadores y a personas de la comunidad interesadas en conocer más acerca de los problemas que afectan la salud. Para verificar la efectividad del método y al mismo tiempo comprobar el aprendizaje logrado se pasó a cada participante un Pre-test antes de iniciar el juego y un post-test al finalizar el mismo. Cada test contenía 10 preguntas sencillas, las pruebas que obtuvieron mayores diferencias estadísticamente significativas fueron lactancia materna e infecciones respiratorias agudas, así mismo estos son los aspectos en donde hay mayor ignorancia por parte de las madres. Conclusión resultados beneficiosos de esta metodología educativa (9).

Estudios etnográficos como los realizados por Georgina Chiong Frómeta, Ruth Rubán Nápoles, Eldys Legrá Hernández, Juan García Álvarez, en la Policlínica Mártires del 4 de agosto en Cuba con 110 padres de menores de 5 años en 1996-1997, recomiendan que para que los trabajadores de salud puedan educar a la familia sobre las afecciones respiratorias agudas deben tener en cuenta lo que ellos saben y conocen al respecto y que es necesario aumentar el nivel de información a la comunidad sobre las infecciones respiratorias agudas (10).

Trepka y colaboradores en el año 2001 estudiaron 800 hogares en Wisconsin con niños menores de 4 años y realizaron distribución de un folleto informativo sobre resistencia bacteriana a antibióticos (ATB), pósters educativos; charlas educativas realizadas por enfermeras cuyo objetivo era repartir el material educativo y reforzar los puntos; publicación de un artículo en el periódico; reuniones dirigidas a los médicos encargados de la atención de los niños; reuniones promovidas por el equipo investigador para

promover un uso adecuado del tratamiento ATB y distribución de material escrito (una Guía de práctica clínica sobre infecciones respiratorias elaborada por los centers of disease control and prevention). El porcentaje de padres pertenecientes al grupo de estudio que pensaban que los ATB no estaban indicados en el resfriado común, tos seca, gripe y faringitis no estreptocócica se incrementó de forma significativa respecto al grupo control. El porcentaje de padres que esperaban que les fuera prescrito un ATB a su hijo y no obtuvieron ninguno disminuyó desde el 13,7% hasta un 8,6% (post-intervención). El porcentaje de padres que decidieron consultar con un segundo médico al no obtener una receta de ATB del primero disminuyó desde un 4,6% a un 1,7% en el grupo de intervención. Los autores concluyeron que es posible modificar las creencias y aumentar los conocimientos de los padres sobre el uso racional de los ATB por medio de intervenciones educativas dirigidas a los padres y al personal sanitario encargado de la atención de sus hijos (11).

Ana Paula Alves de Carvalho de la Universidad de Sao Paulo Brasil considerando que el proceso educativo promueve la identificación precoz de signos que necesitan atención profesional, además de la implementación de acciones adecuadas de promoción de la salud, prevención y recuperación de enfermedades prevalentes realizó en el 2004 un trabajo para describir la comunicación de los profesionales de salud durante la atención de niños y niñas con IRA.

Encontró que las estrategias utilizadas para apoyar la comunicación se restringieron al registro de algunas orientaciones sobre la administración de los medicamentos y limpieza de la nariz; otras orientaciones fueron mencionadas solamente en la charla; no hubo utilización de materiales didácticos para apoyar la comprensión sobre la enfermedad o las instrucciones sobre los tratamientos. La autora considera que es necesario revisar con los profesionales sus conceptos relativos a la práctica educativa, para que se establezca una comunicación más democrática entre profesionales y cuidadores, compartiendo conocimientos en un abordaje emancipador, para promover el control de las familias sobre el proceso salud enfermedad infantil (12).

Verver y colaboradores realizaron en México durante el año 2005 un trabajo considerando que la provisión de los cuidados adecuados en el hogar y la decisión oportuna para solicitar atención médica se relacionan con los conocimientos, las actitudes y las prácticas del responsable del cuidado del niño; que es esencial que los servicios de salud proporcionen asesoramiento en cuanto a la prevención y a la educación de los padres en la consulta. La estrategia de atención de los servicios de salud, denominada atención integrada (AI), proporciona la información necesaria a los responsables del cuidado de los niños para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la atención en el hogar de los pacientes pediátricos con diarrea aguda (DA) o infección respiratoria aguda (IRA). Ellos estudiaron 35 madres de niños menores de 5 años, que fueron entrevistadas antes de la AI y a los 6 y 12 meses después, a fin de conocer cómo atendieron a sus hijos durante la enfermedad. El cuestionario se basó en el formato de las autopsias verbales del Sector de Salud de México que investiga sobre la identificación de los signos de alarma, el cuidado correcto en el hogar, la demanda de atención médica y se acompaña de una cédula de registro de datos generales. Se observó una mejoría sustancial en los cuidados en el

hogar de los niños con DA e IRA después de la implementación de la AI, que se demostró en la encuesta realizada a los 6 meses después de la intervención.

En el grupo de pacientes con IRA, todos los aspectos evaluados mejoraron pero con beneficios significativos en los cuidados en el hogar y en la demanda de atención médica oportuna. En este estudio se aprovechó la presencia de la enfermedad para realizar la intervención educativa (13).

Mariana Arreghini especialista en Bioética de la Universidad Nacional de Cuyo Mendoza- Argentina, Médico Pediatra del Hospital Pediátrico Humberto Notti, miembro de los comités de Bioética y de ética de la Investigación en dicho Hospital realizó un trabajo presentado en el VI Congreso Latinoamericano y del Caribe de Bioética: "Bioética y Desarrollo Sustentable" del 28 al 30 de junio de 2007 - Argentina.

Ella parte del concepto que la salud es un derecho y un deber, que la bioética contribuye a la participación y responsabilidad reforzando a la salud como deber.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad requieren la participación del ciudadano para lograr sustentabilidad de los proyectos de educación para la salud.

Tuvo como hipótesis que la falta de empoderamiento es un problema ético que afecta el impacto de las estrategias actuales de la educación para la salud en la población. Su objetivo general fue verificar el aporte que puede brindarse desde la bioética a una comunidad para lograr el empoderamiento de la salud.

Uno de sus objetivos específicos fue analizar estrategias de promoción de la salud en el Centro de Salud N° 151 del Departamento de Maipú del Gran Mendoza, en el período comprendido entre noviembre de 2004 y noviembre 2005.

Analizó el contenido de los afiches de promoción de la salud utilizados; la participación del ciudadano en la promoción de la salud a nivel de la población, profesionales y responsables políticos del municipio.

Encontró que la codificación del mensaje en los afiches para la comunidad no estuvo acorde por presentar lectura compleja y pobre contenido con falta de signos de alarma. Los indicadores no mostraron un aumento significativo en cuanto al aprendizaje mediante la técnica con transferencia de contenidos sin proceso educativo basado en la interacción y reflexión.

Considera que la información es necesaria pero no suficiente para responsabilizar al ciudadano de su salud.

Compartir información y aprendizaje son condiciones previas para la participación.

Un proceso participativo debe seguir la secuencia de: partir siempre de la práctica, de lo que la gente sabe, vive y siente; descubrir los elementos teóricos y profundizar de acuerdo al nivel de avance del grupo; realizar un proceso sistemático ó ordenado, progresivo, al ritmo de los participantes. Este proceso permite siempre regresar a la

práctica para transformarla y resolverla y considerar la dignidad de la persona en la estrategia de educación para la salud con metodología participativa.

Cuenta la opinión de todos los involucrados. Hay transferencia, autogestión, influencia, decisión y control compartido, desarrollo de las capacidades.

La teoría lleva a la práctica transformadora, esto conlleva al empoderamiento de la salud.

Como valor sugiere aplicar el fundamento ético en el marco teórico de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Generar cambios profundos en las concepciones existentes entorno a la participación de la comunidad; en el marco de una práctica mucho más amplia, democrática y descentralizada.

Desarrollar una política de descentralización que dé mayor contenido y poder al nivel local y se produzca la participación real de la comunidad.

Hacer un planteo de un nuevo saber para una nueva práctica. Que la práctica administrativa y política tengan mayor vigencia, mayor humanidad y mayor componente de construcción del hombre, de la libertad y del valor salud.

Todas las propuestas requieren del surgimiento de un poder distinto a nivel de la sociedad civil a través de la participación (14).

## **CAPITULO II. 2 BASES TEORICAS:**

### **SENTANDO LAS BASES TEORICAS, EPISTEMOLOGICAS DE LA INVESTIGACION ACCION EN INFECCIONES VIRALES**

#### **INFECCIONES VIRALES**

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) son la principal causa de morbilidad y mortalidad pediátrica (15). Constituyen entre 30 y 60% de las consultas a los servicios de salud y entre 20 y 40% de las hospitalizaciones pediátricas (16); son la principal causa de administración de antibióticos y otros medicamentos a los niños menores de 5 años.

Se consideran IRAS a todo un gran grupo de infecciones del aparato respiratorio dentro de los cuales se encuentran: resfriados comunes, faringitis, amigdalitis, laringotraqueitis, otitis, neumonía.

Los virus constituyen la principal causa de las IRAS. Existen estudios que han encontrado que 65% de episodios de IRAS son resfriados comunes (2) y otras investigaciones operacionales como las realizadas en Chile durante la década del 80 en que la tasa de mortalidad infantil por neumonía subió, identificando los factores de riesgo y demostrando que la etiología era preferentemente viral en el 70% de los casos (1).

Las infecciones virales con mayor respuesta en aparato respiratorio pueden originar un cuadro clínico con replicación local como en los resfriados comunes o un cuadro clínico con múltiples manifestaciones sistémicas llamado Proceso Infeccioso Viral (PIV) o infección viral aguda (17).

Los virus que con más frecuencia producen infecciones virales con mayor respuesta en aparato respiratorio son: los adenovirus, virus sincitial respiratorio (18-19) influenza, para influenza, enterovirus (20), rinovirus, coronavirus (21).

Los PIV con mayor respuesta en aparato respiratorio se caracterizan por cuadros clínicos que inician con estornudos, secreción nasal, fiebre, tos con o sin dificultad respiratoria (22-24). Durante su evolución pueden presentar vómitos y/ o diarreas (25) así como otras manifestaciones clínicas debido a la viremia (17, 26).

El modelo de transmisión por el cual los virus producen procesos infecciosos virales fue estudiado por F. Fenner del Jhon Curtin School of Medical Research, Australian National University, Canberra, Australian Capital Territory en 1979 (27).

La secuencia de eventos descrita es como sigue:

-Ingreso del virus a través de superficies epiteliales donde se produce la primera replicación.

-Luego migran a los nodulos linfáticos, algunos son inactivados por los macrófagos y otros alcanzan la circulación. Esta es la primera viremia la cual da lugar a pródromos, malestar, fiebre.

-De la sangre los virus ganan acceso a los órganos reticuloendoteliales (hígado, bazo, medula ósea) donde otra vez se multiplican, dando una gran cantidad de virus que ingresan a la circulación originando la segunda viremia.

-De la sangre el virus finalmente llega a su órgano blanco, el cual depende del tropismo tisular del virus lo cual determina las características clínicas de la enfermedad (17).

Una de las principales complicaciones de los PIV es el Síndrome obstructivo bronquial, producido por la viremia a través del tracto respiratorio o por replicación viral en las células de los tejidos respiratorios cuando el virus lo identifica como órgano blanco como en el caso del virus sincitial respiratorio (28). La mayoría de los niños con tos no necesita antimicrobianos porque como se ha descrito más del 65% de los casos son producidos por infecciones virales.

Otra complicación de los PIV es la deshidratación, producida por los vómitos y diarreas originados durante la segunda viremia (17). Los vómitos constituyen una respuesta del Sistema nervioso central frente a la agresión viral, así como la diarrea la respuesta del enterocito por su polo vascular.

Por lo expuesto, podemos comprender que muchas de las llamadas IRAS incluyendo neumonías son Infecciones Virales con mayor respuesta a nivel respiratorio que se diagnostican como: rinofaringitis, faringitis, otitis, laringotraqueitis, bronco espasmo o neumonía dependiendo de la etapa de evolución del cuadro clínico y del momento en que se ha realizado la evaluación.

Las denominaciones IRA y EDA (enfermedad diarreica aguda) tienen sus limitaciones, porque pueden considerar como dos cuadros diferentes a los PIV que inician con manifestaciones respiratorias, pero que en el curso de la enfermedad pueden presentar manifestaciones digestivas como expresión de viremia. Esta limitación, que lleva a error diagnóstico, fue evidente durante la epidemia de Infecciones Virales en Talara en 1998 durante el Fenómeno El Niño como ha quedado registrado en la tesis de Alvarado, Aburto, Briceño y Del Águila (5-7).

El virus es combatido por las defensas del cuerpo (29) las cuales se manifiestan a través de síntomas como son las secreciones nasales, tos, fiebre y a veces diarrea.

En los PIV con mayor respuesta a nivel respiratorio no complicado, el manejo consiste en ayudar al organismo con:

Manejo de las secreciones nasales

Manejo de la Tos

Manejo de la fiebre

Manejo de la diarrea



**Manejo de la Tos:** la tos es un mecanismo reflejo (30) y la òparte finalö de la defensa del cuerpo para eliminar de la vía respiratoria partículas de 0.5 a 3µ en las secreciones respiratorias que contienen moco provenientes de alvéolos y bronquios (31). Las secreciones respiratorias incrementan por reacción antígeno anticuerpo, por acción de mediadores liberados y por excitación de secreción refleja por estimulación de receptores nerviosos pulmonares.

El moco bronquial actúa como barrera de protección al atrapar partículas inhaladas (32) por lo que podríamos decir que las secreciones respiratorias han servido a su vez como barrera para el control del mecanismo de ataque contra el virus.

Siendo el 95% de las secreciones respiratorias agua (33), la tos es un mecanismo de defensa que debería ser favorecido a través del aumento en la ingesta de líquidos, para la fluidificación y eliminación de partículas presentes en las secreciones respiratorias. La hidratación es el pilar fundamental para el manejo de la tos; el agua constituye el mejor fluidificante, no siendo necesario el uso de medicamentos para la tos en la mayoría de los casos. Los remedios caseros simples y seguros pueden ayudar y contribuyen a reducir el reflejo de la tos (16 ,18 ,25).

**Manejo de las Secreciones nasales:** A través de la secreción nasal el virus es eliminado. El tratamiento consiste en facilitar esta salida mediante limpieza de fosas nasales, cuando existe congestión nasal ayudar mediante aplicación de suero fisiológico 2 gotas en cada fosa nasal. El suero fisiológico puede prepararse con 2 onzas de agua tibia, agregar un cuarto de cucharita de sal. (34-36)

**Manejo de la Fiebre:** la fiebre es un mecanismo de defensa que forma parte de la respuesta de fase aguda (37-38) y que contribuiría de esta manera a contrarrestar los efectos del virus mediante el favorecimiento de la acción de las células T y B. Cuando la fiebre no es adecuadamente tolerada por el paciente, puede disminuirse mediante:

- a) medios físicos que consisten en la aplicación de compresas de agua tibia en la frente-cabeza y lado derecho del abdomen.
- b) paracetamol el cual se administra vía oral dos gotas por cada kilo de peso corporal.
- c) Si lo anterior no logra disminuir la fiebre pueden aplicarse baños con agua tibia.
- d) Si lo anterior no logra disminuir la fiebre se puede administrar metamizol 1 gota por cada kilo de peso corporal.

**Manejo de la Diarrea:** Las infecciones virales pueden presentar vómito y /o diarrea por la viremia (17). La diarrea en la infección viral es una respuesta inflamatoria producida por la viremia a nivel del polo vascular del enterocito. Cuando los líquidos perdidos en la diarrea no son repuestos adecuadamente se provoca la deshidratación.

La hidratación oral puede realizarse a través de reposición con panetela de arroz (39) como una medida para evitar la deshidratación. La panetela de arroz se prepara con 1 litro de agua, 3 cucharas de arroz y canela entera; hervir hasta cocinar el arroz, colar y ofrecer 1- 3 onzas de panetela por cada diarrea.

La panetela de arroz lo que hace es favorecer la apertura de los canales de cloro en los enterocitos y mejorar de esta manera la absorción de los iones que se encuentran en el lumen intestinal, por lo que no es necesario agregar sales a este preparado (39).

Los sueros de rehidratación oral con 90 mEq /l de la OMS tienen mayor cantidad de sales que las necesarias para las pérdidas producidas por los virus (40).

Es importante señalar que en los niños con diarrea se debe continuar con lactancia materna, alimentación normal en el mayor de 6 meses; ofrecer 5 porciones de alimentos en pequeñas cantidades. No es necesaria la dilución de la leche, ni la suspensión de algún tipo de alimento porque no se trata de un síndrome malabsortivo.

Por lo descrito entenderemos que el tratamiento de las Infecciones virales con mayor respuesta en aparato respiratorio es sintomático y las medidas generales pueden sintetizarse en:

Limpieza de fosas nasales  
Incremento en la ingesta de líquidos  
Control de la fiebre de acuerdo a la tolerancia del paciente,  
Continuar con lactancia y/o alimentación  
Rehidratación oral  
Detección oportuna de signos de alarma (16).

La evolución de las Infecciones virales depende del tipo de virus; de las características de respuesta del huésped y de los factores condicionantes de salud (41)

Según Weissenbacher Mercedes, Ávila María (18) y Mohs Edgar (42) en la mayoría de casos no es necesario llevar a los niños enfermos con IRAS a centros de salud y hospitales. Se les puede tratar en casa siempre que los trabajadores comunitarios de salud y las familias sepan cómo administrar el tratamiento de apoyo y esto es más fácil de entenderlo porque el 65 al 70% de los casos son producidos por virus.

Las infecciones virales se auto limitan por lo general en un periodo de 7 días durante los cuales la madre o cuidadores del niño pueden brindar atención en el hogar y vigilar la aparición de complicaciones que pongan en peligro la vida de los niños.

Para lograr ello es necesario el empleo de enseñanzas y técnicas de tratamiento adecuadas (18).

### **INTERVENCION EDUCATIVA**

Ante la necesidad de contribuir al control de las infecciones virales leves en el hogar se decidió elegir una intervención educativa coincidiendo con Padrón en que las necesidades de investigación surgen de necesidades de acción (43).

La intervención educativa se encuentra dentro del campo de la investigación cualitativa, la cual, está sirviendo para responder con más frecuencia a cuestiones de interés educativo pedagógico (44-45). La intervención educativa es una aplicación de la Investigación Acción.

La Investigación Acción (IA) es una forma de estudiar una situación social con la finalidad de mejorarla, tratando de responder a cuatro preguntas: Qué se investiga, quien investiga, cómo se investiga y para qué se investiga (46).

La IA es un proceso cíclico de: planificación, acción, observación y reflexión de los cambios en las situaciones sociales (47). Proceso donde se van dando los momentos de problematización, diagnóstico, diseño de una propuesta de cambio, aplicación de la propuesta y evaluación, para luego reiniciar un nuevo circuito partiendo de una nueva problematización (48).

El término Investigación acción fue definido por primera vez en 1944 por Kurt Lewin un médico prusiano, biólogo, psicólogo, filósofo y educador interesado por la psicología de los grupos; quien defendió la investigación básica; resaltó la aplicación práctica y opinó que para acercarse al conocimiento humano era necesario considerar su entorno y ambiente (47-49). No separa la investigación de la acción, la considera como un proceso orientado al cambio social (50). El partió acercándose teórica y metodológicamente a los problemas significativos de la vida cotidiana e involucró al investigador como agente de cambio social; sostenía que las personas existen en un campo psicológico de fuerzas que determinan su conducta, este campo llamado espacio vital, está compuesto por parte subjetiva que es su percepción del mundo y por una parte objetiva como condiciones ambientales físicas y sociales que actúan limitando el campo psicológico. La percepción social encauza el comportamiento. Si no hay cambios en el campo psicológico no habrá cambios en la conducta (51).

Se considera que el principal aporte de Kurt Lewin se centra en intentar articular procesos de investigación social con los procesos de intervención (52); lográndose de manera simultánea conocimientos y cambios sociales (49).

Los inicios de la IA se dan por petición de la administración norteamericana para tratar de modificar los hábitos alimenticios de la población ante la escasez de algunos productos. Esos trabajos tenían objetivos prácticos y urgentes. Los investigadores adoptaban el rol de agentes de cambio en colaboración con las personas a las que iban dirigidas las intervenciones. Se ligaba el enfoque experimental de la ciencia social con programas sociales para resolver problemas (47-49).

En los años 50 la investigación acción fue considerada como no científica por su falta de objetividad y generalización. Sin embargo, en el estudio de los contextos sociales el conocimiento técnico no es el único, sino que existen otras consideraciones epistemológicas como el conocimiento interactivo que se sitúa en el mundo de lo subjetivo, situacional y de lo estructural (46).

En el paradigma cualitativo el investigador construye una realidad desde el sujeto, analiza el saber para buscar significados, usa el método inductivo, trata de comprender a través de la hermenéutica el fenómeno estudiado, encontrará significados que subyacen de la realidad para comprender la situación (53).

La lógica cualitativa enfatiza la inducción analítica. Habla de trabajar con pocos casos para profundizar en el significado. Busca construir esquemas conceptuales más adecuados a las realidades en estudio a partir de la información empírica. Busca comprender en un sentido de totalidad. Habla de emociones que son parte de la construcción del dato científico. Busca comprender a través de técnicas que no producen datos medibles; busca entender las acciones de un individuo en una trama de la totalidad de su historia y de su entorno social (54).

La IA valora la subjetividad y cómo se expresa en el lenguaje auténtico de los participantes. La subjetividad es la intención de captar las interpretaciones de los actores, creencias y significaciones. El informe se redacta en un lenguaje de sentido común (48). Se postula que no existe neutralidad científica. Se considera que es un proceso de acción reflexión acción (55).

El paradigma etnográfico fenomenológico cualitativo tiene como raíces filosóficas la fenomenología y el neokantismo. Establece separación metafísica entre naturaleza y sociedad. Sostiene que la sociedad debe abordarse con el método ideográfico, descriptivo explicativo, cualitativo, subjetivo que posibilita comprensión empática de la singularidad de los individuos en el contexto en el que se encuentran y profundizar puntos de vista, actitudes, formas de sentir y pensar (56).

Existen tres modelos de IA: enfoque técnico, práctico y crítico o emancipador según se tenga en cuenta uno de los tres diferentes tipos de racionalidad (50, 57) que surgieron del marco propuesto por Jurgen Habermas respecto a las esferas de interés de la acción humana o del conocimiento (46):

Tradición positivista,  
Tradición hermenéutico-interpretativa  
Y tradición crítica

-IA enfoque técnico: proceso que explora interrogantes de investigadores expertos y no de los prácticos, lo cual generaría muy pocos cambios; los prácticos ejecutan la investigación dirigida a la obtención de resultados prefijados. El propósito es diseñar y aplicar un plan de intervención, eficaz en la mejora de habilidades y resolución de problemas (46,50-51, 57).

-IA enfoque práctico: el facilitador colabora con individuos o grupo de prácticos para investigar un problema de mutuo interés (50). Busca desarrollar el pensamiento práctico de los participantes. Pretende junto con la resolución de problemas mejorar el desarrollo de habilidades de los profesionales a través de la reflexión y el dialogo, transformando ideas y ampliando la comprensión. (46, 51). Este tipo de IA esta representada por trabajos de Jhon Elliot y Lawrence Stenhouse (57).

En los 70 surge nuevamente la investigación acción. La tradición pragmática operativa fue iniciada en el área de educación por Dewey y en psicología por Lewin (58).

Stephen Corey profesor de la Universidad de Columbia fue uno de los primeros en usar la investigación acción en el campo de la educación; pensaba que el valor de la investigación acción estaba en los cambios que ocurren en la práctica diaria más que en las generalizaciones a grandes audiencias (47).

En 1975 Lawrence Stenhouse favoreció su adopción en el campo educativo impulsando la idea de los docentes como investigadores (50).

La participación es un método de resolución de problemas, en el que existe planificación, acción, evaluación y nuevo inicio ceñido a prácticas sociales sin análisis con el conjunto del sistema social (58).

-IA enfoque crítico o emancipador: opción que responde a un proceso de crítica y análisis social, con crítica de la teoría y la práctica, representada por la Escuela de Frankfurt integrada por filósofos y científicos como Jürgen Habermas, Adorno, Marcuse, Horkheimer; consideraban que el enfoque positivista había reducido todo los problemas prácticos a objetos técnicos sin mayor intervención del individuo, por lo que planteaban un nuevo enfoque con la participación del individuo a través de su reflexión y acción; orientando las acciones hacia la transformación de la realidad (52).

El enfoque crítico supone autorreflexión sobre práctica regular, la tradición, relaciones jerárquicas (47). Requiere transformación de las organizaciones sociales, de las estructuras restrictivas, acudiendo a fuentes teóricas críticas (51). La tradición crítica como vía de liberación social, ha surgido por insuficiencias del modelo pragmático y en épocas de crisis social (58).

Es un modelo representado por Shirley Grundy, Wilfred Carr y Stephen Kemmis, estos últimos fueron equipo de la Universidad de Weakin en Australia, consideraron que la IA no puede entenderse como un proceso de transformación de las prácticas individuales, sino como un proceso de cambio social que se emprende colectivamente (57). Dentro de otros representantes se encuentran René Lourau, George Lapassade, Michel Segquier, Gerard Mendel, Alain Touraine, en España Jesús Ibáñez a través de la perspectiva dialéctica (58).

En América Latina tuvo como representantes a Molano (58), Orlando Fals Borda en Colombia (59). Al educador brasileño Paulo Freire, quien impulsó la educación popular, desarrolló sus teorías en el ámbito educativo trabajando con las familias y las comunidades desfavorecidas. Él entiende la educación como un proceso no neutral y que tiene lugar en el contexto en que la gente vive. Considera que la educación debería ser la liberación de la persona (60).

Instituciones como el Centro Regional de Educación de adultos y alfabetización Funcional para América latina (CREFAL) con representantes como Antón de Shutter, Eoris Yopo (52).

La meta es que la comunidad vaya siendo la auto gestora del proceso, apropiándose de él y teniendo un control operativo (saber hacer), lógico (entender) y crítico (juzgar) de él. Este enfoque implica replanteamiento epistemológico, que implica romper el binomio sujeto y objeto de la investigación. Para realizar investigación acción crítica reflexiva, la comunidad es el eje central (61).

En 1986 Carr y Kemmis aportaron base teórica a la IA, decían que para que exista debía:

Plantearse un proyecto como una práctica social

El proyecto avanzar como planteamiento, acción, observación, reflexión

Que el proyecto implique a los responsables de la práctica en todas las fases (47).

La IA conocida para otros como investigación acción participativa es reconocida como una forma de investigación experimental que focaliza sobre los resultados de las acciones realizadas por los investigadores dentro de una comunidad participativa con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la comunidad o un área de ella (61).

De acuerdo a Pereda las experiencias en España sobre investigación acción participativa (IAP) tienen en común favorecer la participación de los afectados, parten de estrategias y planteamientos teóricos diferentes, las diferencias en el para qué y para quiénes de la acción emprendida dependen de la demanda (58).

La IA es una forma de explorar, estudiar una situación social con el fin de mejorarla. Tiene asegurada su validez interna por sus procesos holísticos. Por su complejidad y profundidad de la información. Y sobretodo por las transformaciones reales producidas en ideas, como en prácticas o en contextos (47).

El descubrimiento se transforma en la base del proceso de concientización, que alguien sea consciente de algo. Los resultados se prueban en la realidad. Empieza un ciclo nuevo cuando los resultados de la investigación se analizan por medio de una nueva recolección de información. El discurso acerca de las informaciones se comienza con la etapa de elaborar orientaciones para los procesos de acción. Aplica teorías científicas para comprensión y mejoramiento de la organización. Analiza situaciones humanas y sociales, susceptibles de cambio y que requieren respuestas. El propósito es descriptivo exploratorio. Busca profundizar en la comprensión del problema sin posturas ni definiciones previas. La explicación implica elaborar un guión de lo que sucede y de sus actores. Ese guión es una narración, los elementos del contexto iluminan a los actores y a la situación. El resultado es mas una interpretación que una explicación, es una transacción de las interpretaciones particulares de los actores. Se busca alcanzar una mirada consensuada de las subjetividades (48).

El ámbito de la intervención produce espacios que buscan tomar acciones desde capacidades teóricas, técnicas, profesionales para transformar estados de cosas que son vistas como problemáticas.

Para la intervención social una idea es pensar en la posibilidad de cambio a través de acciones humanas sistemáticas. En las intervenciones participativas se buscan pequeñas transformaciones en aspectos relevantes de la vida para lograr cada vez mayores grados de control sobre sus vidas. En las perspectivas participativas se plantea posibilidad de transformación a pequeña escala, mientras que se propone que las fuentes de los problemas sociales actuales tienen que ver con las formas como está estructurado los sistemas sociales y la forma como están distribuidos los recursos (62).

La IA es un enfoque de intervención que se puede plasmar en prácticas concretas que dependerá de los protagonistas y de las circunstancias. En esta concepción los juicios de valor e interpretaciones suelen estar condicionados por intereses y estrategias de grupo o

clase social. Las necesidades sociales son históricas, ocurren en realidades concretas que es necesario caracterizar en cada momento (58).

La promoción de la salud es un proceso que busca desarrollar habilidades personales, generar mecanismos y proporcionar a las personas medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y poder mejorarla (63-64). Constituye también un proceso político y social que abarca acciones dirigidas a los individuos, así como a las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar el impacto tanto en la Salud pública como individual.

Toda intervención en promoción de la salud necesita de aproximaciones educativas y comportamentales para alcanzar su objetivo (63).

Henry Ernest Sigerist nacido en París, médico e historiador médico, director de 1932 a 1947 del Instituto de Historia de la Medicina de la Universidad de Jhon Hopkins, autor de la obra Medicina Socializada en la Unión soviética (65) utilizó por primera vez el concepto de promoción por el año 1946, quien afirmaba que la salud de la población no depende tanto de la medicina como de la capacidad para proporcionarle a la gente una educación libre, óptimas condiciones de vida y de trabajo, así como medios adecuados de reposo y recreación.

En 1997 en la cuarta conferencia internacional de promoción de la salud en Yakarta se identificaron prioridades, una de las cuales fue ampliar la capacidad comunitaria y el empoderamiento individual. Una de las estrategias de promoción es la comunicación y educación para la salud, para lo cual es necesario aplicar metodologías de educación y comunicación para la salud en diversos escenarios y en los espacios individual, familiar y comunitario. Esto resulta clave para asegurar que los grupos objetivo de las intervenciones educativo-comunicacionales adopten nuevos comportamientos saludables y que estos sean incorporados en sus prácticas cotidianas (66).

Existen muchas maneras de educar: socio dramas, teatro, títeres, cuentos, etc., pero, lo importante es que la educación tenga una función transformadora y no de conformidad, con el propósito de cambiar la sociedad para que sirva a las necesidades de su gente y cuyo efecto sobre la comunidad sea de solidaridad, y lo más importante es que esa manera de educar sea activa, es decir, todos contribuyen, se aprende haciendo y discutiendo (67)

La educación para la salud forma parte de las estrategias de promoción de la salud y tiene como objetivo último la mejora del estado de salud de las poblaciones. Aborda no sólo la transmisión de información, sino el fenómeno de motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas. Supone comunicación de información y el desarrollo de habilidades (63).

Los campos de acción de la educación en salud se dan en el ambiente social y sobre el individuo. En este último debe ayudarlo a la toma de decisiones, esto implica que se involucre al ciudadano y a los grupos en las acciones de defensa de la salud. Participación del público y la autoconfianza se convierten en conceptos claves (64).

La educación social es un medio esencial para el crecimiento personal en el medio que se encuentra y participa el ciudadano (68).

La pedagogía social constituye un reto así como una oportunidad. Sirve para búsqueda de soluciones (68).

Paul Watzlawick menciona que el proceso de aprendizaje en el que se ve envuelto cada ser humano transcurre en un medio distinto para cada uno, al que denominamos comunidad cultural (69).

Toda comunidad cultural tienen sus códigos y cumple con las funciones de transmitir información; modos específicos de calibrar la información; enseñar lenguajes, enseñar reglas, pautas de interacción precisas y no siempre fáciles de percatación (69).

Ausbel (70) menciona que los factores que influyen en el proceso educativo son:

1. Variables intrapersonales como:

Estructura cognitiva,  
Etapa del desarrollo,  
Factores actitudinales,  
Factores motivacionales y

2. Variables situacionales o también llamadas ambientales tales como:

Práctica educativa,  
Organización de los recursos,  
Factores sociales,  
Características del profesor (71).

Para Henry Giroux reviste importancia las concepciones personales de quienes participan en el proceso educativo porque puede existir una resistencia a los valores que la sociedad pretende imponer (72).

César Coll Salvador discípulo de Piaget sostiene que el alumno es constructor y único responsable de su conocimiento. Está dentro de una teoría constructivista que tiene como fuentes de base teórica a Piaget J, Vigotsky L.S, (socialización) Wallon H (componentes afectivos) (73).

Vigotsky considera la construcción del conocimiento como una actividad social y colaborativa (74).

Para poder atribuir significado al material objeto de aprendizaje es necesario:



Relacionar conocimiento actual con lo ya conocido  
Que los contenidos no sean confusos.  
Se caractericen por claridad, relevancia y estructuración

Lo que se aprende tenga sentido funcional utilizado para la resolución de problemas.

Este proceso desemboca en aprendizajes integrados en la estructura cognitiva de la persona (75).

David Paul Ausubel es el creador de la teoría del aprendizaje significativo, que constituye uno de los pilares del constructivismo. Se considera que el aprendizaje tiene lugar cuando las personas interactúan con su entorno tratando de dar sentido al mundo que perciben (76).

Un aprendizaje es significativo cuando el educando puede atribuirle posibilidad de uso al nuevo contenido relacionándolo con el contenido anterior.

Los contenidos del aprendizaje significativo son del tipo actitudinal (ser), conceptual (saber) y procedimental (saber hacer) (76).

La IA interpreta lo que ocurre desde el punto de vista de quienes interactúan en el problema (57).

Gollet y Lesgard consideran que la investigación acción beneficia desarrollo de destrezas, expansión de la teoría y resolución de problemas (57). Mediante dinámicas de experimentación tratan de hacer objetivas creencias, mentalidad o conocimiento implícito (49).

Lewin en sus trabajos iniciales comparó las conferencias, la enseñanza individualizada y el trabajo en grupo para la toma de decisiones para el cambio de hábitos y actitudes. Los resultados sobre el cambio de actitudes condujeron a la investigación acción en el campo educativo (50).

La relación entre actitud y conducta depende de otras variables intervinientes del entorno del individuo que deben ser tomadas en cuenta cuando se evalúan actitudes (77).

## **ACTITUDES**

Herbert Spencer usó por primera vez el término actitud en su obra principios (78).

La actitud se considera una predisposición psicológica a la aceptación o rechazo; alejamiento o acercamiento hacia una entidad determinada denominada objeto de actitud (77, 79). También, es considerada como la evaluación que hacemos de personas, hechos, eventos y que nos sirven para darle sentido al mundo social. Pueden cumplir una función en nuestra autoestima, de autodefensa, de motivación (80).

Las actitudes se pueden formar:

1. Por Condicionamiento clásico: respuesta asociada a un estímulo repetido de manera regular.
2. De manera instrumental: una actitud condicionó un reforzamiento positivo.
3. De manera observacional: aún sin tener conciencia de ello (80).

Las actitudes dependen del tipo de experiencia que se ha tenido con el objeto de actitud. La actitud puede ser positiva o negativa y las manifestaciones de conducta también. Actitud positiva a un objeto se manifiesta en comportamiento acorde (81). Aunque no siempre existe esta consistencia (77).

Existen autores que mencionan la influencia de factores genéticos en la formación de actitudes (80).

Las respuestas mensurables de la actitud se llaman componentes, estos son tres: cognitivo, afectivo y conativo-conductual (77).

Componente Cognitivo: creencias sobre el objeto de la actitud.

Componente Afectivo: sentimientos que el individuo tiene frente al objeto de actitud.

Componente Conativo conductual: respuesta que el sujeto tendría en relación al objeto de actitud.

Según Oskamp estos tres componentes pueden actuar de manera independiente, separados, pueden o no estar relacionados (77).

Una persona tratará siempre de reducir las inconsistencias cognitivo afectivas (78).

La alteración y cambio de las actitudes requiere de una fuerte presión. La persistencia de las actitudes contribuye a la consistencia de la conducta que puede tomar la forma de verbalizaciones hacia el objeto, expresiones de sentimiento hacia el objeto, de aproximación o evitación. Lo afectivo es una dimensión importante de la actitud (78).

Existe una contribución de los factores afectivos y emocionales en el éxito o fracaso del aprendizaje (81). El aprendizaje está relacionado con las características personales de los actores (74).

La actitud no es observable. Debe ser inferida a partir de ciertas respuestas que reflejan en conjunto cierta predisposición favorable o desfavorable hacia el objeto de actitud (56).

Las actitudes se expresan a través de la comunicación verbal y no verbal. Los investigadores han estimado que entre un 60 y un 70% de lo que comunicamos lo hacemos mediante el lenguaje no verbal (82).

La comunicación no verbal se refiere a señales, indicios, signos, gestos, apariencia, postura, mirada y expresión; que carecen de estructura sintáctica, a los que se les ha de atribuir significado (82-85).

Los expertos y estudiosos de la comunicación aseguran que más del 50% de los seres humanos se comunica a través de gestos y otro tipo de ademanes, haciendo uso de la comunicación no verbal (84).

En la década de 1950 empieza un mayor interés por la investigación en todas las áreas de la comunicación humana y así se realizaron estudios para analizar el mundo de las expresiones del rostro y los gestos corporales (84). Ray Birdwhistell antropólogo escribió *Introduction to Kinesics* (1952). Jürgen Ruesch psiquiatra y Weldon Kees fotógrafo publicaron el primer libro que utilizó el término no verbal, *Nonverbal Communication* (1956). Esta obra ofreció una visión del tema acompañada de una amplia documentación gráfica. Edward Hall antropólogo, tras varios años de investigar el uso del espacio por los seres humanos: *Proxémica* publicó *The Silent Language* (1959) y *The Hidden Dimension* (1966) (82).

Mediante estas investigaciones se llegó a la conclusión que el mensaje que se comunica posee dos partes: una audible y una gestual, los individuos se comunican a muchos niveles de forma simultánea, de manera consciente como inconsciente (84).

La comunicación no verbal está formada por ciertos elementos entre los que encontramos:

La Proxémica: trata de cómo se dispone de una cierta cantidad de objetos en un espacio determinado y de cómo los individuos se desenvuelven en un sitio, se establece una cierta distancia entre los individuos en donde uno tiende a aislarse.

La Kinésica: trata de las posturas, los gestos y los movimientos de cada persona.

El Para lenguaje: trata de utilizar la voz acompañada de gestos para transmitir un mensaje (84).

La parte visible del mensaje varía de acuerdo a ciertas condiciones que se den en el momento, pero existe un gran predominio de la comunicación no verbal frente a la verbal (84).

El lenguaje corporal nos transmite información. Cuando hablamos es posible que estemos diciendo mucho más de lo que creemos. De este modo, nuestras emociones se ven influidas por otras personas sin necesidad de decir una sola palabra, puede bastar una determinada postura, mirada y gesticulación para hacernos sentir incómodos, nerviosos o enfadados, o bien alegres, joviales y optimistas. La captación de toda la información que estamos transmitiendo; dependerá de la interpretación de este lenguaje y de la atención que nos estén prestando (82).

El movimiento del cuerpo comprende gestos, movimientos corporales (cabeza, manos, piernas, pies); expresiones faciales; conducta de los ojos (parpadeo, dirección y duración de la mirada) y la postura. Algunas señales no verbales tienen la intención de comunicar, otras son expresivas, algunas proporcionan información sobre las emociones, otras dan a conocer rasgos de la personalidad o actitudes (83).

La comunicación no verbal puede estudiarse subdividiéndola en canales considerando a los participantes en la interrelación:

### 1. Para el emisor

Cara: ceño, sonrisa, mueca.

Ojos: dirección mirada, alteraciones pupila.

Cuerpo: postura, posición brazos y piernas, distanciamiento.

Voz: tono, ritmo.

### 2. Para el Receptor

Vista: Percibimos la forma, color, tamaño de las cosas.

Oído: Captamos los sonidos y distinguimos si son fuertes, débiles, agudos o graves.

Olor: Apreciamos los olores y los distinguimos unos de otros.

Tacto: Notamos el frío, calor, suavidad o aspereza de las cosas (82).

El análisis de la comunicación no verbal requiere tener en cuenta:

Que cada comportamiento no verbal está asociado al conjunto de la comunicación de la persona. Un solo gesto debe ser interpretado en su conjunto, no como algo aislado por los miembros de la interacción (82).

Congruencia de los movimientos no verbales con la comunicación verbal. La intención emocional se traduce por los movimientos no verbales e intuitivamente somos capaces de sentir la incongruencia entre estos y lo que verbalmente se nos dice. La congruencia es necesaria para que la comunicación total resulte comprensible y sincera (82).

Necesidad de situar cada comportamiento no verbal en su contexto comunicacional (82).

Mark Knapp sostiene que el comportamiento no verbal puede repetir, contradecir, sustituir, complementar, acentuar o regular el comportamiento verbal (69).

Generalmente, distintas áreas del cuerpo tienden a trabajar unidas para enviar el mismo mensaje, aunque a veces es posible enviar mensajes contradictorios. En otras ocasiones, los mensajes son confusos debido que se pueden estar transmitiendo varias emociones a la vez, como rabia, miedo y ansiedad, que a veces aparecen unidas (82).

Albert Mehrabian, antropólogo, profesor emérito en UCLA, llevó a cabo experimentos sobre actitudes y sentimientos y encontró que en ciertas situaciones en que la comunicación verbal es altamente ambigua, solo el 7% de la información se atribuye a las palabras, mientras que el 38% se atribuye a la voz (entonación, proyección,

resonancia, tono) y el 55% al Lenguaje Corporal (gestos, posturas, movimiento de los ojos, respiración) (84).

El lenguaje gestual es un comunicador de estados de ánimo y de afectos. Las emociones se expresan por lenguaje verbal o no verbal (69).

El reconocimiento emocional es importante referencia social, por el cual los niños leen las expresiones de los otros para comprensión de los hechos (86).

Algunos resultados refieren que los niños de 7 meses evidencian percepciones categóricas de la expresión facial de las emociones y muestran interés en observar a las expresiones miedosas (85).

Existen estudios que mencionan que niños desde los 4 meses perciben la expresión de las emociones (87).

Se ha explorado el rol de los familiares en la sensibilidad de niños de 3 meses y medio a la dinámica de expresión de emociones en otros; encontrándose que los bebés miran de manera diferenciada las emociones de la mamá, no así las del padre, ni de adultos que no son familiares; sugiriendo que la familiaridad de las personas puede facilitar el desarrollo de los bebés en la comprensión de las emociones de los otros y las diferencias en las dinámicas familiares pueden ser relevantes en los modelos de respuesta del bebé (87).

Ya desde 1924 Andrew Meltzoff psicólogo de la Universidad de Washington en Seattle demostró que los bebés son capaces de imitar a sus congéneres, el estudio lo realizó con recién nacidos tan jóvenes como de 42 minutos de vida (88). Para Decety J. esto es automático y no intencional y se le llama Resonancia Motriz.

En 1996 Giacomo Rizzolatti estableció en la Universidad de Palermo en Italia, los fundamentos neurofisiológicos de este fenómeno también llamado simulación motora. Localizó dentro de la corteza premotora las neuronas espejo, células nerviosas que no sólo se activan durante la manipulación de un objeto con la misma mano (89), sino que al observar a otros, en nuestro cerebro se simula la conducta al activar neuronas involucradas en la ejecución de la misma acción, como si el observador estuviera haciendo lo mismo (90).

Nuestro cerebro asocia sensaciones a las expresiones faciales de los otros (90). Se ha demostrado que tanto la observación como la ejecución de un gesto activan a las mismas redes de neuronas a nivel de corteza premotora y parietal, especializadas en la generación de movimientos; esta resonancia entre la observación y la acción permitiría comprender a los bebés que las otras personas son idénticas a ellos (91).

El concepto de simulación o resonancia se ha extendido a sensaciones en la corteza somato sensorial y emociones en la ínsula anterior opérculo frontal adyacente. La simulación de emociones proviene de investigaciones donde se observa que las expresiones faciales emocionales de otros individuos activan regiones involucradas en

el performance de expresiones faciales similares y experiencias similares de emociones y sensaciones (90), esto se conoce como Resonancia emocional, la cual ayudaría a los bebés a percibir el estado emocional de las personas que los rodean, siendo el primer paso para la empatía (91).

En los años 70 Simmer estudió el contagio emocional en la Universidad de Western Ontario Canadá, el registró a bebés de 5 días y demostró cómo lloraban más durante los períodos de llanto que en los estados de silencio en una habitación (92).

Grace Martin y Russel Clark mostraron que la reacción infantil a la angustia de otros se ejerce sólo con otros humanos, que los bebés tienen resonancia emocional y que la parte afectiva es más fuerte que ellos. Por ello, los bebés se alborotan por lo que escuchan, hasta por sus propios llantos previamente registrados (93).

La expresión facial de las emociones constituye uno de los ejes de la comunicación entre los humanos, saber leer la mirada del otro facilita nuestras relaciones (94).

Desde 1870 Charles Darwin defendió la teoría de la universalidad de las expresiones faciales en su obra *“The expression of the emotions in man and animals”*. Los sociólogos de entonces sostenían que las expresiones estaban inscritas por la cultura (94).

Klineberg psicólogo en 1938 contestó a Darwin sobre su análisis de las expresiones faciales en la literatura china, sosteniendo que las expresiones entre chinos y occidentales diferían, pero sus informes fueron considerados poco convincentes y anecdóticos que no alteraron lo hecho por Darwin (94).

De acuerdo a Darwin los hábitos o movimientos que son de utilidad para satisfacer deseos o eliminar sensaciones se mantienen. Una respuesta nerviosa ante una estimulación produce movimientos expresivos. Las expresiones se canalizan por las vías nerviosas más preparadas por los hábitos (94).

Existe a nivel del sistema nervioso programas subcorticales innatos que establecen una conexión para la expresión de cada una de las emociones básicas con los movimientos musculares faciales (94-96).

Se considera que las emociones básicas como alegría, ira, miedo, sorpresa, desagrado y tristeza son procesos seleccionados en el proceso de evolución por su valor adaptativo (97).

En 1947 el antropólogo La Barre con datos que para la época fueron considerados dudosos, publicó el libro *“Les fondements culturels des emotions et des gestes”*, interesándose por los movimientos del cuerpo y por los gestos, mientras que Darwin hablaría solo de expresiones faciales (95).

Los gestos son rasgos innatos, los mismos se originan de un proceso mixto entre la genética y el aprendizaje (82, 84).

Por el año 1966 se admitió que las expresiones faciales de las emociones resultarían de

aprendizajes, más que de mecanismos innatos, estos aprendizajes dan diferencias entre una cultura a otra (94).

Birdwhistell antropólogo defendió la tesis del modelaje cultural de las mímicas faciales, consideró que las expresiones faciales constituyen un lenguaje (95).

Las expresiones faciales de emociones son buenos indicadores conductuales de la emoción, por su importancia para la comunicación y la regulación de las interacciones sociales (84).

Paul Watzlawick refiere que cuando en el estudio de la conducta humana se desplaza el énfasis desde los procesos intrapsíquicos hacia los fenómenos interaccionales el comportamiento se puede describir y explicar mejor (69).

Juan Carlos Carrasco menciona que cuando la expresión de las emociones y los conflictos logra ser mediatizada y simbolizada permite realización de deseos; refuerza funciones positivas y la Ansiedad puede ser soslayada. Al tratar temas conflictivos de forma mediatizada se facilitan los procesos elaborativos. Existen intermediarios no verbales como: lo corporal y musical (69).

Además de las predisposiciones innatas, existen influencias culturales en la expresión y el reconocimiento emocional, que se ponen de manifiesto desde edades tempranas y que se mantienen a lo largo de la vida como lo sostenía Irenäus Eibl-Eibesfeldt fundador de la etología humana (97).

La comunicación no verbal también es un factor cultural, adoptamos gestos que corresponden a un tiempo determinado, en una sociedad determinada, mientras que otros los tomamos por imitación (84).

Existen estudios que nos mencionan de la influencia de la interacción madre niño en su desarrollo posterior, así comparando díadas de madres con niños prematuros y niños a término; se encontró que madres comprensivas-con niños pretérminos cooperadores tenían igual desarrollo que los niños a término; mientras que las díadas de madres controladoras con niños pretérminos presentaban menor desarrollo, más problemas de alimentación, buen coeficiente intelectual pero pobre desarrollo personal social (98).

Papousek habla del incremento de los desórdenes del sueño, del llanto y de alimentación en niños pequeños y como estos desórdenes perjudican la relación madre niño y constituyen un incremento del riesgo en etapas posteriores de la vida (99).

Leavitt habla de la sensibilidad de la madre al llanto del niño y como el llanto puede influenciar en el desarrollo de la interacción entre ellos, también nos menciona como la capacidad para calmar el llanto de su hijo puede estar relacionada con percepciones sobre sí misma (100).

Las características emocionales de la madre y del niño influyen en el tipo de relación de apego que se establezca entre ellos en el primer año de vida (101).

Los trabajos iniciales en relación a crianza de hijos enfatizaron el estatus socio-económico de los padres y la forma en que fueron criados; posteriores trabajos liderados por Belsky hablan de los determinantes de los padres (historia de desarrollo de los padres y sus características psicológicas), factores socio contextuales (contexto social en el cual los padres están involucrados, fuerzas que dan forma a la paternidad) y las características del niño (102).

Amparo Alonso refiere "El proceso de incorporación de códigos va impregnándose en el sujeto sin su participación consciente. El hecho comunicacional que produce imprinting y sus reglas pertenece a lo más básico de la experiencia humana. El aprendizaje de los mensajes verbales y los gestuales se da en el seno de la socialización. (69).

Alain Touraine, francés, profesor de la Universidad de París Nanterre, director de la Escuela de estudios de Ciencias sociales, autor de Sociología de la acción, ha mostrado en sus investigaciones interés por el comportamiento humano, afirma en su nuevo libro del 2006, *Un Nuevo Paradigma Para Comprender El Mundo De Hoy* que el análisis de la realidad social requiere un nuevo paradigma de pensamiento; en pleno siglo XXI se precisa de un análisis no social de lo social. Esa construcción de un nuevo paradigma requiere conceder importancia a problemas culturales (103).

Touraine sostiene que Familia e Instituciones educativas constituirán dos ejes básicos sobre los que construir un nuevo dinamismo social, en el que las mujeres habrían de desempeñar un papel crucial, capaz de recomponer lo que el modelo occidental ha destruido. Lo femenino adquiere importancia como factor multiplicador de un cambio que alcanza su máximo paradigma en las distintas expresiones de la cultura. Las mujeres disponen de mayor capacidad para entender, propiciar y asimilar los nuevos derechos culturales (103).

Las actitudes guían los procesos perceptivos y cognitivos que conducen al aprendizaje, ya sea contenido conceptual, procedimental o actitudinal. Intervienen de modo decisivo en la adquisición de conocimiento (81).

Se daba por supuesto que si la enseñanza es buena, lo sería el aprendizaje, sin tomar en consideración, que la valoración que cada individuo hace de lo que se le enseña; del modo en que se le enseña y de quien se lo enseña influye de manera decisiva en lo que ha de aprender. Existe una contribución de los factores afectivos y emocionales en el éxito o fracaso del aprendizaje. Las actitudes intervienen de modo decisivo en la adquisición de conocimiento (81).

La intervención educativa realizada consideró la importancia de la educación de la salud como estrategia para promover habilidades en la madre en el manejo en el hogar de una enfermedad altamente prevalente como las infecciones virales en el distrito de Ventanilla; haciendo énfasis en el cambio de actitud para la acción considerando para ello una metodología de intervención acción que contemple contenido conceptual: (infecciones virales) contenido procedimental (manejo en el hogar) y contenido actitudinal (actuar ante el problema, aplicando el saber, demostrando el saber hacer y buscar ayuda ante la detección de signos de alarma).



## **CAPITULO II. 3 DEFINICION CONCEPTUAL DE TERMINOS**

### Infección respiratoria aguda (IRA)

conjunto de enfermedades del aparato respiratorio que comprenden la influenza, sarampión, difteria, tos ferina, sinusitis, otitis media aguda, nasofaringitis, amigdalitis, epiglotitis, laringitis, traqueítis, bronquitis aguda, bronquiolitis y neumonía.

### Infección viral:

Toda infección producida por un virus, que puede tener manifestaciones locales o sistémicas.

### Viremia

Pasaje del virus por la sangre.

### Proceso infeccioso viral

Es una infección viral con manifestaciones sistémicas. Sigue una secuencia definida de acuerdo a las características del virus; inicia con signos de ingreso por una mucosa y luego manifestaciones sistémicas por la viremia.

### Proceso infeccioso viral con mayor respuesta en mucosa respiratoria

Es una infección viral con manifestaciones sistémicas, con signos de ingreso por mucosa respiratoria como estornudos y secreción nasal y que durante la viremia presenta mayor respuesta en esta mucosa como tos persistente y dificultad respiratoria.

### Caso de infección viral con mayor respuesta en mucosa respiratoria

Todo paciente que inicia con estornudos y secreción nasal, que luego presenta alza térmica; tos con o sin dificultad respiratoria y /o diarrea como expresión de viremia, cuya resolución de los síntomas no requiere antibióticos.

## **CAPITULO III: METODOLOGIA**

### **CONSTRUCCION DE LA METODOLOGIA DE INVESTIGACION ACCION CON MADRES DEL DISTRITO DE VENTANILLA**

#### **TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:**

Es una investigación cualitativa que utilizó la Metodología Investigación Acción empleando: observación de características actitudinales, abordaje etnográfico, abordaje etnológico y educación en salud con metodología participativa.

El trabajo se realizó de octubre del 2008 a marzo del 2009 con madres que acudieron al Policlínico Hna. María Don Rose Sutmoller ESSALUD en el distrito de Ventanilla.

La metodología cualitativa utiliza como datos las representaciones y los discursos, para llegar, mediante el análisis y la interpretación de las unidades de sentido, al origen y significación de las analogías.

Un sujeto depende de su subjetividad y de la Inter subjetividad con la de otros, las cuales a su vez están condicionadas por el contexto cultural, social e histórico en el que se desarrolla. La metodología cualitativa es una forma multidisciplinar de acercarse al conocimiento de la realidad social (104).

Para lograr los objetivos planteados la investigación se diseñó en tres etapas:

- Diagnóstica de brechas para el manejo de infecciones virales en el hogar,
- Intervención educativa o de educación en salud y
- Evaluación de la contribución de la Intervención Educativa en el control de las infecciones virales en el hogar

#### **POBLACION**

Constituida por todas las madres que acudieron por primera vez con sus niños recién nacidos un promedio de 40 mensuales, al Policlínico Hna. María Don Rose Sutmoller-ESSALUD, ubicado en la Urbanización Antonia Moreno de Cáceres, primer sector, distrito de Ventanilla, Provincia Constitucional del Callao, Lima- Perú.

#### **MUESTRA**

Se trabajó con todas las madres que residían en el distrito de Ventanilla, que acudieron con sus niños recién nacidos al primer control en el Policlínico. Hna. María Don Rose Sutmoller y que fueron atendidos aleatoriamente por la investigadora en su primera consulta pediátrica entre octubre a diciembre del 2008. Ingresaron al estudio 24 madres.

## **INSTRUMENTOS**

Los instrumentos diseñados fueron:

Ficha de Observación del lenguaje no verbal

Ficha etnográfica

Ficha etnológica

Ficha de evaluación individual

Materiales educativos sistematizados en Guía educativa: Control de las Infecciones Virales no complicadas en el hogar

## **TÉCNICAS**

Observación

Visita Domiciliaria

Registros fotográficos,

Filmación de videos

Entrevista a profundidad

Educación en salud con metodología participativa

## **PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS**

### **1. Etapa diagnóstica**

Exploró características actitudinales de las madres; características sociales y entorno familiar; saberes previos, percepción y prácticas ante las infecciones virales.

Los datos fueron obtenidos en tres momentos por:

Observación de características actitudinales;

Estudio etnográfico y

Estudio etnológico respectivamente.

#### **1.1 Observación de características actitudinales**

La observación de características actitudinales se realizó cuando las madres establecieron el contacto inicial con la investigadora durante la primera consulta pediátrica de sus niños, cuando ellos fueron llevados para el control de neonatos en el consultorio de Pediatría del Policlínico Hermana María Don Rose Sutmoller entre octubre a diciembre del 2008.

Los datos fueron consignados desde su ingreso al consultorio y durante todo el tiempo que duró la consulta.

Siendo las actitudes una predisposición psicológica (77, 79), que debe ser inferida a partir de ciertas respuestas (56) y que se expresa a través del lenguaje no verbal en un 60 a 70 % (82), se diseñó una **Ficha de Observación de Características Actitudinales de las madres (Anexo 1)**, considerando elementos Kinésicos (84) como contacto visual, posición del cuerpo, interacción con su bebé y elementos de Para lenguaje (84) como el tono de voz, que carecen de estructura sintáctica y a las cuales se debe atribuir un significado (82-85).

## 1.2 Estudio etnográfico

La etnografía consiste en la recolección de datos en el terreno de los hechos. El abordaje etnográfico se utilizó para conocer el entorno en el que vivía la familia, la cual es considerada como personas con lazos culturales, sociales, que intercambian visiones, valores y patrones, bien de tipo social, cultural económico, religioso (105)

Se realizó visita domiciliaria para observar el contexto del hogar, las condiciones sociales de la madre como:

- características del lugar de residencia, vecindad, localización geográfica, medios de transporte y tiempo de desplazamiento hacia al policlínico.
- condiciones de la vivienda
- servicios básicos agua y desagüe
- integrantes del entorno familiar

Los datos fueron consignados en la **Ficha Etnográfica** (Anexo 3) y registros fotográficos.

## 1.3 Estudio etnológico

Consiste en la recolección de datos para dar cuenta de una manera de entender la enfermedad (106) y de comportarse frente a ella.

Se recolectó la información durante el trabajo de campo en domicilio mediante entrevista a profundidad a través de una **Ficha Etnológica (Anexo 5)** considerando datos como: conocimientos de la madre, manejo en el hogar y motivaciones por las que acuden a un centro de salud; con la finalidad de describir la manera de conocer, actuar y comprender las infecciones virales por parte de las madres.

Luego de la entrevista se le invitó a la primera sesión educativa cuya fecha y hora quedó anotado en su carnet de crecimiento y desarrollo, se marcó la tarjeta con un sticker para que puedan ser identificados como participantes a los talleres por el personal técnico y profesional del consultorio de niño sano y se facilite la orientación respectiva cuando acudan a sus sesiones educativas.

De las 24 madres que ingresaron al estudio, 22 tuvieron la entrevista a profundidad, dos no participaron, una no fue incluida porque su domicilio se encontraba en un distrito anexo y la otra mamá no fue ubicada para la entrevista a pesar de realizar hasta 4 visitas.

## **2. Etapa de Intervención educativa**

Se invitó a las 22 madres que participaron en la etapa diagnóstica para realizar una

Intervención educativa que utilizó como estrategia aprovechar las fechas de control de niño sano desde la edad de 1 mes hasta que cumplan los 4 meses.

Considerando los datos etnográficos y etnológicos se realizó la intervención con metodología participativa, con tres sesiones educativas sobre infecciones virales:

Sesión 1. Contenido conceptual sobre infecciones virales.

Sesión 2. Contenido procedimental: Manejo de infecciones virales en el hogar

Sesión 3. Contenido actitudinal: motivos para acudir a un centro de salud ante las infecciones virales.

#### Sesión 1. Contenido conceptual: conocimientos sobre infecciones virales

Participaron las madres con niños de 1 mes de vida.

La sesión educativa explicó a las madres sobre las infecciones virales con mayor repercusión en aparato respiratorio, teniendo como ideas fuerza:

Reconocimiento de los síntomas

Duración de la fiebre

Tratamiento sintomático con medidas generales

Reconocer que no se curan con antibióticos

Identificar motivos para acudir a consulta.

La sesión utilizó una metodología participativa siguiendo una secuencia de animación, motivación, apropiación y evaluación conocida con la nemotecnia AMATE de la asociación Kallpa (107) para sistematizar la secuencia de un taller:

**Animación:** dinámica mediante el cual se prepara al participante para actuar.

**Motivación:** es una introducción al tema.

**Apropiación:** momento de tratar el tema.

**Transferencia:** aplicar lo aprendido.

**Evaluación:** contenidos del taller.

Se adaptaron los contenidos de la sesión 1 a esta metodología (Anexo 8 Guía educativa).

#### Las Competencias planteadas a lograr fueron:

Reconoce los síntomas de infecciones virales

Aprende que la fiebre puede durar 3 días en las infecciones virales

Aprende que las infecciones virales no se tratan con antibióticos

Reconoce Forma de contagio.

Identifica el Manejo en el hogar de las infecciones virales

Identifica Motivos de consulta en infecciones virales

#### Sesión 2. Contenido procedimental: Manejo en el hogar de las infecciones virales

Se realizó cuando los niños tuvieron 2 meses de edad el día que les tocaba el control de crecimiento y desarrollo.

El objetivo fue: Demostrar a nivel procedimental el Manejo sintomático de las infecciones virales con mayor repercusión en aparato respiratorio aprendido en la primera sesión.

### Las competencias planteadas:

Madres aplican el Manejo sintomático en el Control de las secreciones nasales.

Aplican el Manejo sintomático en el Control de la tos.

Aplican el Manejo sintomático en el Control de de la fiebre.

Aplican el Manejo sintomático en el Control de la diarrea.

Durante la sesión se les facilitó a las madres **Casos tipo** de niños con secreción nasal, fiebre, tos y diarrea.

Se les dió materiales para simular la preparación y aplicación del Manejo sintomático en el hogar.

Así las madres demostraron el control de las secreciones nasales, la tos, la fiebre y la diarrea mediante la preparación del suero fisiológico; aplicación de medios físicos para el control de la fiebre y preparación de la panetela.

Cada mamá era evaluada en el manejo de los cuatro síntomas, la facilitadora enfatizó los conceptos claves que debían retener y se les entregó material impreso para recordarles la preparación de suero fisiológico y panetela (Anexo 8 Guía educativa).

### Sesión 3. Contenido actitudinal: Motivos para acudir a consulta en infecciones virales

Cuando los niños tuvieron 4 meses de edad sus madres acudieron a la tercera sesión educativa, se les citó en pequeños grupos de 4 ó 5 integrantes el día que les tocaba el control de crecimiento y desarrollo.

El objetivo fue:

Contribuir a que las madres confíen en sus capacidades desarrolladas.

### Competencias planteadas:

Identifica los motivos para acudir a consulta en infecciones virales.

Reconoce Características de la Autoestima

Reconoce capacidades conceptuales, procedimentales y actitudinales desarrolladas

En la sesión las madres reconocieron los Motivos para la búsqueda de atención en las infecciones virales respiratorias a través de la utilización de tarjetas móviles con palabras claves de Síntomas de infecciones virales y Figuras con los síntomas.

Las madres debían colocar el Síntoma clave y la Figura con el síntoma y explicarnos el manejo sintomático. Esta fase sirvió de manera práctica para recordar sus capacidades conceptuales y procedimentales en las Infecciones virales con mayor repercusión en aparato respiratorio.

Se les entregó grupos de tarjetas del mismo color, con síntomas de infecciones virales con un síntoma para acudir a consulta, las madres debían identificar la tarjeta móvil con

el Motivo de consulta ante una infección viral (Anexo 8 Guía educativa). El trabajo tuvo que ser adaptado a trabajo grupal o individual según el número de participantes a la sesión, de acuerdo a como iban llegando a su cita de niño sano y si no acudieron se les tuvo que realizar visita domiciliaria para completar las sesiones.

Si el trabajo era grupal se les daba un caso para que nos explicaran cuando acudir a consulta.

Si era individual solo debían identificar la tarjeta móvil con el síntoma Motivo de consulta.

### Motivos para búsqueda de atención en las infecciones virales con mayor respuesta en aparato respiratorio.

- a) Si el niño presenta dificultad respiratoria
- b) Si el niño vomita todo y no acepta líquidos.
- c) Si no puedo controlar la fiebre con los 4 pasos descritos.
- d) Si la fiebre dura más de 3 días.
- e) Si la tos dura más de 1 semana.

Se les enseñó a las madres que los tres primeros motivos (dificultad respiratoria, vomita todo y no acepta líquidos; la fiebre no se controla con los 4 pasos descritos) son para acudir a emergencia y los dos siguientes (fiebre dura más de 3 días, tos dura más de 1 semana) por consultorio.

En un segundo momento la facilitadora desarrolló el Tema de autoestima para que puedan entender como este aspecto influye en su manera de reaccionar y actuar.

El tema consideró:

-Definición, cómo se desarrolla, reconocimiento de algunas características actitudinales que expresan nuestra autoestima y que contribuyen o no a actuar. Expresiones de autoestima alta y autoestima baja.

La metodología fue de exposición diálogo con material educativo diseñado para tal fin utilizando imágenes a través de un rotafolio confeccionado destacando figuras con expresiones faciales con miedo que revelan autoestima baja como en las reacciones ansiosas; así como imágenes con autoestima alta como en las reacciones asertivas.

### **3. Etapa de evaluación de la contribución educativa**

Toda la Intervención educativa conformada por las tres sesiones fue evaluada por la **Ficha Individual de Evaluación** (Anexo 10) que considera aspectos conceptuales, procedimentales, actitudinales y de percepción sobre la intervención. Los reportes de cada etapa sirvieron de información para reforzar la intervención educativa.

## **PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Sistematización de los resultados en cuadros y tablas

Revisión de videos,

Revisión de testimonios

Revisión de entrevistas a profundidad

Comparación de los resultados con otros trabajos

Comparación de los resultados con la teoría

Triangulación de datos (observación de características actitudinales-etnografía de características familiares-entrevista a profundidad sobre aspectos procedimentales y actitudinales,

Interpretación de los testimonios respecto a la percepción de la contribución de la intervención educativa

Comparación de los resultados de brechas iniciales con los resultados finales

## **ASPECTOS ÉTICOS**

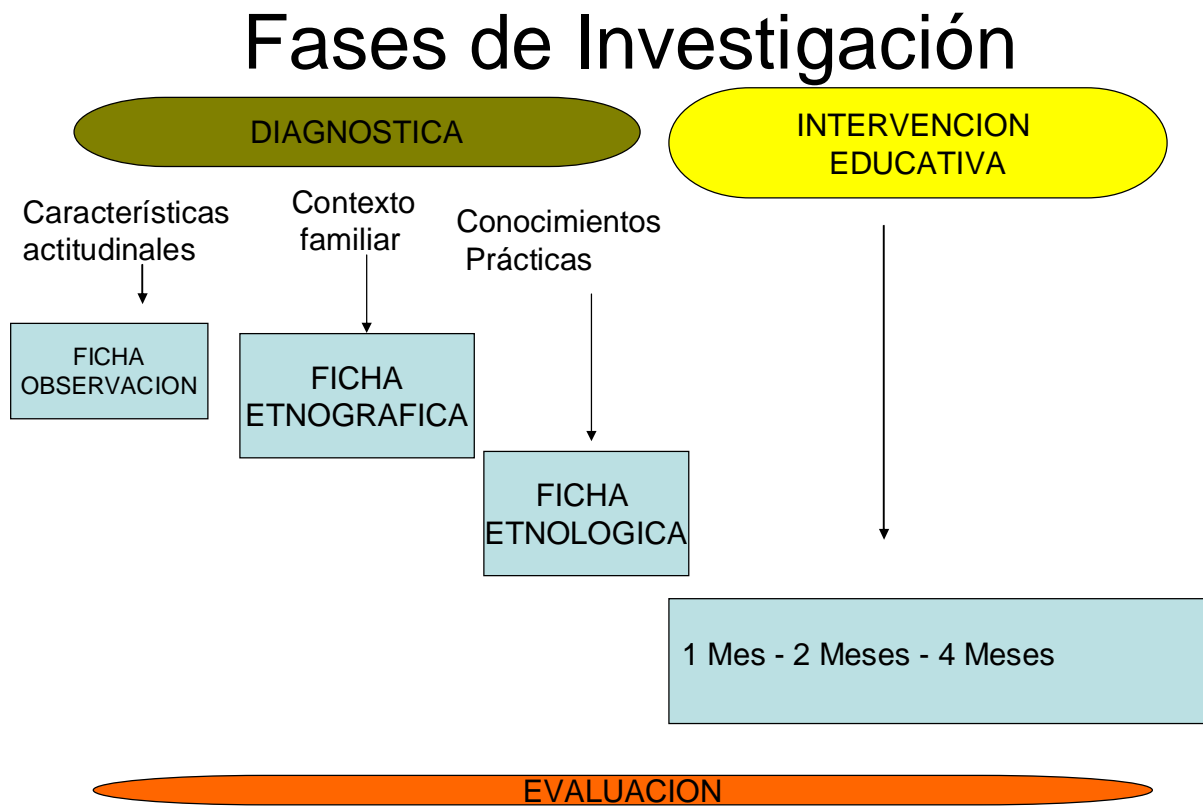
El Policlínico Hna. María Don Rose Sutmoller no cuenta con un Comité de ética para aprobación de investigaciones.

Se procedió a explicar a cada una de las madres que cumplían con los criterios de inclusión para el estudio (acudir por primera vez a consulta con su niño en la etapa de neonato, vivir en el distrito de Ventanilla) que realizaríamos una capacitación sobre infecciones respiratorias y les pedíamos autorización para realizar una visita en su hogar donde pudiéramos tener una entrevista para conocer lo que ellas sabían sobre el tema.

Si aceptaban, se les solicitaba su dirección y referencias de cómo llegar a sus domicilios y nos comprometíamos a visitarlas antes que su niño cumpliera 1 mes de vida para realizar los estudios etnográficos y etnológicos.



## ESQUEMA DE LA INVESTIGACION



## **CAPITULO IV. RESULTADOS**

### **CAPITULO IV. 1: ETAPA DIAGNÓSTICA DE LAS BRECHAS PARA EL MANEJO DE LAS INFECCIONES VIRALES EN EL HOGAR**

En esta etapa de observación fueron evaluadas 24 madres.

La descripción de la observación de las características actitudinales de las madres a través del lenguaje no verbal mediante el tono de voz, lenguaje corporal, contacto visual nos permitieron establecer Categorías actitudinales, así como combinaciones de ellas.

Las Categorías actitudinales establecidas fueron Ansiedad, Temor, Asertividad, Timidez y agresividad ver **Cuadro1**.

#### **Cuadro1. CATEGORIAS ACTITUDINALES DE MADRES MEDIANTE OBSERVACION DEL LENGUAJE NO VERBAL**

<b>CATEGORIA ACTITUDINAL</b>	<b>NUMERO DE CASOS</b>	<b>CASOS</b>	<b>OBSERVACION</b>
ANSIEDAD	8	Mery, Marlene, Viviana, Lorena, Rosa, Karin, Carmen, María	María serena, voz moderada, posición recta, pero expresa temor al momento de realizarle la higiene a su niña y le da leche artificial porque "no se llena" ya que llora mucho.
TEMOR ANSIEDAD	5	Nelly, Rosario, Susana, Rosa, Lesly	
ASERTIVIDAD	3	Karina, Anelisa, Maritza	Maritza en su hogar se le notó más temerosa, su mamá estaba presente.
TIMIDEZ ANSIEDAD	3	Livia, Rosalía	
TEMOR	2	Carmen, Tania.	
TIMIDEZ	2	Gerarda, Magaly	
AGRESIVIDAD ANSIEDAD	1	Juliana	contacto visual fijo, bebe bien sujeto contra su pecho, luego expresa preocupaciones por hipo, sonidos abdominales
DESCONFIANZA	1	Jessica	

En la categoría de ansiedad fue común que durante el examen físico de sus niños las madres expresaran verbalmente varias preocupaciones acompañadas de expresiones faciales como cejas caídas y formación de ceño, así como cambio en el tono de voz como de sufrimiento o acelerado.

En el lenguaje corporal se mantenían encorvadas y movían a sus niños de manera repetitiva (los niños no lloraban, estaban tranquilos). Susana hablaba durante toda la consulta, sin percatarse que el examinador debía concentrarse por momentos solo en la exploración del niño.

Karin preguntaba varios aspectos relacionados a su niño, interrumpiendo constantemente el interrogatorio y el examen físico.

Viviana expresa múltiples preocupaciones, no presta atención a las indicaciones que se le dan, carga a su bebe de manera intranquila, usa lactancia mixta.

En la categoría temor se encontró voz temblorosa o quejumbrosa, con tono bajo. Tania ingresa, expresa miedo por ombligo de su niña, tiene voz leve a moderada.

En la categoría asertividad fue común encontrar voz moderada, establece contacto visual, posición recta del cuerpo, ingreso directo a la consulta, cargan a su bebe suavemente, responde a lo que se le pregunta.

En categoría de timidez demora en ingresar, evade contacto visual, voz temblorosa, tono bajo. Magaly ingresa, tiene voz leve y evade el contacto visual mientras se conversa con ella.

En la observación inicial de las características actitudinales de Juliana se le consignó en la categoría de agresividad, su contacto visual era fijo y podríamos decir que algo retador, el bebe era mantenido fuertemente sujeto a su pecho: mientras se efectúa el examen físico va expresando preocupaciones por hechos fisiológicos normales de su niño, con el respectivo cambio del tono de voz como de sufrimiento y expresión facial de cejas caídas y formación de ceño lo que permite ampliar la categoría con ansiedad.

Miquel Domenech menciona que en la agresión los actores no se muestran con perfiles homogéneos, se nos muestran llenos de matices y como producto de contextos socio históricos concretos (108).

En esta muestra la categoría de ansiedad se encontró de manera pura en 8 casos. De manera combinada con temor en 5 casos, con timidez en 2 casos y con agresividad en 1 caso. Es decir, 16 de las 24 madres investigadas mediante observación presentaron la característica actitudinal de Ansiedad.

### **De las Brechas de las actitudes observadas para el manejo de las infecciones virales**

Siendo la ansiedad una función activadora de la capacidad de respuesta del individuo, resultado de la percepción consciente o inconsciente por parte del individuo de una situación de peligro caracterizada por agitación e inquietud (109) que se manifiesta por un lenguaje corporal facial (97) esto nos ayuda a entender:

Por qué Viviana, Livia y Rosalía movían a su bebes constantemente a pesar de encontrarse ellos tranquilos; el componente cognitivo de la ansiedad es decir, la

percepción que experimentaban ellas durante la consulta la expresaban en síntomas conductuales o motores;

Por qué Susana, Karin y Viviana hablaban interrumpiendo constantemente,

Por qué Viviana no prestaba atención a las indicaciones.

La actitud de ansiedad constituye una evaluación de personas, hechos y eventos que sirve para dar sentido al mundo social (80), también refleja una predisposición psicológica (79). El lenguaje no verbal corporal, facial nos está comunicando estados emocionales (69, 75). Las emociones son reconocidas desde la niñez para comprensión de los hechos (86) provocando una respuesta cerebral que se conoce como Resonancia Emocional (89-94).

Estos datos nos sugieren que si las madres tienen conductas ansiosas, estas actitudes son captadas por sus niños, son aprendidas por ellos y serán repetidas cuando exista un estímulo que será canalizado por las vías nerviosas preparadas por estos hábitos de ansiedad. Podríamos inferir entonces que las madres ansiosas aprendieron estas actitudes desde etapas muy tempranas de su desarrollo y que se expresan en la actualidad en diversas situaciones.

María, Viviana y Rosario con características de ansiedad y ansiedad/ temor respectivamente, coincidieron en expresar múltiples preocupaciones, referir que sus bebés no se llenaban y usaban lactancia mixta. Para Spielberg los términos stress y miedo son indicadores de fases temporales de un proceso que da lugar a la reacción de ansiedad (109).

La ansiedad materna influye en su capacidad para calmar al bebé y existen estudios que mencionan que madres con dificultad para calmar el llanto de sus bebés está relacionado con el concepto que tienen de sí mismas (100). El uso de lactancia mixta en estas madres que se dedicaban al cuidado exclusivo de sus niños podría constituir una manifestación de esta dificultad para calmar al bebé. En la actualidad se estudian los desórdenes que pueden generarse en el sueño, el llanto y alimentación en niños pequeños, así como el incremento del riesgo en etapas posteriores de la vida (99).

Las manifestaciones de Viviana ejemplifican claramente los diversos componentes y repercusiones de la ansiedad:

• Viviana expresa múltiples preocupaciones, esto demuestra el componente cognitivo es decir la percepción de miedo que tiene sobre hechos cotidianos de su niño.

• No presta atención a las indicaciones que se le dan, debido a la percepción de preocupación sobre su niño, las vías nerviosas de la ansiedad se activan, es decir, se ponen en marcha mecanismos defensivos a través de estimulación del sistema nervioso simpático y liberación de catecolaminas (109) manifestándose en una alteración del estado de Atención.

• Carga a su bebé de manera intranquila, su bebé no está llorando; el estado de agitación provocada por la ansiedad se manifiesta a través de una conducta motora que es producto de la propia percepción que tiene la madre y no explicada por la conducta del niño.

• Usa lactancia mixta, esto sería una consecuencia de la dificultad de la madre que experimenta al oír llorar a su niño frecuentemente y a su propio estado basal de actitud ansiosa.

Existen predisposiciones innatas para la expresión facial, como lo sostenía Charles Darwin en su obra *“The expression of the emotions in man and animals”*; pero, también existen influencias culturales en la expresión y el reconocimiento emocional que se ponen de manifiesto desde edades tempranas y que se mantienen a lo largo de la vida como lo sostenía Irenaeus Eibl-Eibesfeldt fundador de la etología humana (97).

La característica de ansiedad materna provoca Resonancia Emocional en el niño a través de la cual el niño la reconoce y la aprende; al mismo tiempo el lenguaje no verbal de la ansiedad constituiría una influencia cultural en la expresión emocional, repercutiendo en su desarrollo, lo que coincide con la teoría de la influencia de la interacción madre niño hecho conocido mediante el estudio de díadas (98). Las características emocionales de la madre y del niño influyen en el tipo de relación de apego que se establezca entre ellos en el primer año de vida (101). Los trabajos actuales liderados por Belsky en relación a crianza de hijos hablan de los determinantes de los padres: historia de desarrollo de los padres y sus características psicológicas; factores socio contextuales, contexto social en el cual los padres están involucrados, fuerzas que dan forma a la paternidad y las características del niño (102). La ansiedad materna repercute no sólo en la respuesta de interacción con su niño, sino que afecta el estado cognitivo de la madre, por lo que para trabajar elementos educativos con ellas será necesario tener en cuenta este aspecto para lograr cambios conceptuales y procedimentales.

La actitud ansiosa encontrada en este grupo de madres se expresó en su lenguaje no verbal y es un factor que influye en el desarrollo de sus niños al estar sometidos al reconocimiento de la ansiedad desde etapas tempranas de la vida.

Al final de la etapa de observación actitudinal se les explicó que íbamos a realizar una capacitación sobre infecciones respiratorias y les pedíamos autorización para realizar una visita en su hogar donde pudiéramos tener una entrevista para conocer lo que ellas sabían sobre el tema.

Si aceptaban, se les solicitaba su dirección y referencias de cómo llegar a sus domicilios y nos comprometíamos a visitarlas antes que su niño cumpliera 1 mes de vida para realizar los estudios etnográficos y etnológicos.

El detalle de las observaciones se muestra en la tabla 1(anexo 2)

## **1.2 Estudio etnográfico**

Durante el trabajo de campo nos fue difícil ubicar algunas viviendas por la falta de señalización en la zona, fueron de ayuda las referencias que las madres nos dieron.

Los medios de transporte (micros) por lo general no llegan a las casas sino que nos dejan cerca a pistas, o cruces, luego de lo cual se debe emprender caminata para llegar a la vivienda respectiva.

Los resultados del estudio etnográfico se muestran en el **Cuadro 2.**

**Cuadro 2. CARACTERISTICAS ETNOGRAFICAS**

<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>RESULTADOS</b>		
<b>VIVIENDA</b>	UBICADA EN URBANIZACION 7/24	UBICADA EN ASENTAMIENTO HUMANO 17/24	
<b>TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO AL POLICLINICO</b>	HASTA 15 MNUTOS 8/24	HASTA 30 MINUTOS 9/24	MAS DE 30 MINUTOS 5/24
<b>CALLES CERCANAS A VIVIENDA</b>	DE ARENA O TIERRA 14/24	DE ASFALTO 10/24	
<b>MATERIAL DE LA VIVIENDA</b>	DE MADERA 14/24	MATERIAL NOBLE 10/24	
<b>SERVICIOS BASICOS DE AGUA Y DESAGUE EN LA VIVIENDA</b>	SIN SERVICIOS 16/24	CON SERVICIOS 8/24	
<b>TIPO DE FAMILIA SEGÚN INTEGRANTES</b>	NUCLEARES 12/24	EXTENDIDAS 10/24	
<b>PROCEDENCIA DE LA FAMILIA</b>	MIGRANTES 12/24	LIMEÑOS 7/24	CHALACOS 3/24

Se observa que predominan las condiciones socio sanitarias de familias que viven en Asentamientos humanos, a más de 30 minutos de distancia al Policlínico, las áreas colindantes a la vivienda son de arena o tierra, el material de la vivienda es de madera

En relación al tipo de familia nuclear hubo una ligera predominancia en las familias migrantes.

No observamos diferencias en las familias extendidas en relación a si eran migrantes o de Lima y Callao.

La mayoría de migrantes vivía en asentamientos humanos, con casas de madera reproduciendo las características con las que suelen vivir en provincias.

De las 24 madres, 22 completaron el estudio, de las 2 que no completaron, en una la ubicación de su domicilio correspondía a otro distrito y la otra no se le encontró en el domicilio hasta en cuatro visitas.

Los detalles de los casos se encuentran en la **Tabla 2** (Anexo 4).

### **De las Brechas encontradas en el estudio etnográfico para el manejo de las infecciones virales**

La evaluación de los datos etnográficos nos permitió comprender la dificultad que experimentan algunas madres si sus viviendas están a más de 30 minutos del policlínico, si las calles por las que tienen que desplazarse son de arena, si tienen que emplear más de un medio de transporte.

Si en su entorno habitual existe carencia de servicios básicos de agua y desagüe y si sus viviendas no reúnen las condiciones básicas para protegerlos de las inclemencias del medio, entenderemos que ante la búsqueda de atención esta será más demandante.

Si a las características etnográficas descritas agregamos la predominancia de actitudes ansiosas encontradas en esta muestra, la respuesta que las madres esperarán de los servicios de salud tendrá que ser rápida y de mucha paciencia para contener el grado de agitación y discomfort que experimentan cuando sus niños enferman.

## **Fotos del estudio etnográfico: VISITAS A CASAS**

### Zonas aledañas de arena, casas de madera



### Dificultad de ubicación de viviendas por falta de señalización de vías





### **1.3 Estudio etnológico**

Durante la entrevista a profundidad se les mostró la foto de un niño con secreción nasal y se le preguntó qué enfermedad creían que tenía el niño respondiendo según datos mostrados en el Cuadro 3:

**Cuadro 3. ENFERMEDAD ATRIBUIDA A LA PRESENCIA DE SECRECION NASAL**

<b>RECONOCE COMO</b>	<b>CASOS</b>
RESFRIO O GRIPE	18/21
BRONQUIOS	2
VIRUS	1
õMAL DE LA GARGANTAö O õFUERTE INFECCIONö	1
ALERGIA	1
CONGESTION NASAL	1

En los aspectos conceptuales sólo 1 caso de las 22 madres evaluadas habló de õvirusö.

Juliana con características actitudinales de agresividad/ansiedad lo definió como õfuerte infecciónö o õcomo mal de la gargantaö.

Respecto a la forma de contagio ellas piensan que se produce por desabrigo, clima, cambio de temperatura, mojarse, si solea es decir predominantemente factores ambientales, los datos son mostrados en el Cuadro 4.

**Cuadro 4. FORMA DE CONTAGIO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS**

<b>FORMA DE CONTAGIO</b>	<b>CASOS</b>
DESABRIGO	9/22
DESCUIDO	8/22
CONTAGIO	6/22
CLIMA	5/22
TOMAR COSAS HELADAS	5/22
POR LA LECHE DE LA MAMA	3/22
CAMBIO DE TEMPERATURA	2/22
MOJARSE	2/22
SI SOLEA	1/22
CAMINAR SIN ZAPATOS	1/22
DEFENSAS BAJAS	1/22

De las 22 madres, 12 refirieron no haber escuchado sobre las infecciones virales.

Respecto a la duración de la fiebre en las infecciones virales 9 de 22 madres no sabían cuanto tiempo puede durar.

En relación al uso de antibióticos 16 de las 22 consideraron que deben usarse en las enfermedades que ellas reconocieron.

Las respuestas detalladas de cada caso son mostradas en la tabla 3. (Anexo 6)

### **De las Brechas Conceptuales encontradas para el manejo de las infecciones virales**

Vemos que si bien el resfrío es comúnmente conocido en este grupo de madres como en otros estudios etnográficos realizados en Bolivia (110).

Al preguntarles si habían escuchado sobre las infecciones virales 12 de las 22 madres manifestaron que sí, sin embargo, al comparar este resultado con el reconocimiento del síntoma secreción nasal sólo una reconoce la causalidad a los virus.

Este hallazgo nos sugiere la poca difusión en la población en general sobre los agentes infecciosos virus, a pesar de ser la causa más frecuente de infecciones respiratorias. Dicha omisión contribuye a obstaculizar la comprensión y aceptación del tratamiento cuando acuden a los centros de salud.

Estos hallazgos nos refuerzan la idea de trabajar más el concepto infecciones virales tomando como ideas fuerza el reconocimiento de los síntomas.

Los programas educativos sobre infecciones respiratorias iniciados en los años 80 nos hablaban de las IRAS, enfatizando en la neumonía y no neumonía; en la simplificación de tratamiento antibióticos para las neumonías, faringitis y sintomáticos para los resfriados. Dicha información inicialmente estuvo dirigida a promotores de salud, técnicos del primer nivel de atención, médicos de postas lejanas (111).

Esto fue un avance, sí, como una de las primeras medidas para contener la alta tasa de mortalidad por infecciones respiratorias (16, 21, 112). Sin embargo, esta información que fue dirigida a una población con escaso conocimiento médico se fue generalizando en la propia comunidad médica, siendo común utilizar los términos neumonía grave, no grave, no neumonía en especialistas pediatras tanto de postas como de hospitales e incluso Institutos. Esta sobre generalización de los términos simplificados como parte de la estrategia del Control de enfermedades respiratorias y del Manejo Estándar de casos de IRA creo contribuyó a perder de vista los agentes causales como son los virus dentro de un contexto clínico, al extremo de considerar que toda neumonía grave debe tratarse con antibióticos.

30 años después del abordaje educativo de las llamadas IRAS considero es importante difundir en la población el concepto de infecciones virales por ser el agente causal más frecuente de las infecciones respiratorias (1, 16, 113-116) y porque nos ayudaría a disminuir el uso inadecuado de antimicrobianos que genera resistencia (117-121) tanto

en la comunidad médica; como en la población general con prácticas de automedicación antimicrobiana ante todo proceso febril (122-123).

En los mecanismos de contagio las madres sólo reconocen en 6 de 22 casos la posibilidad de contagio de persona a persona. Siendo esto un hallazgo muy importante que nos permite comprender como ante la presencia de varios casos en un hogar no se toman medidas preventivas, porque no se reconoce al contacto de persona a persona como fuente de contagio. Así mismo nos indica la necesidad de trabajar este mensaje educacional.

Descuido es un concepto con una connotación cultural (124), ser aceptado, rechazado, estigmatizada como madre o familia por sus prácticas en el cuidado del niño, por lo que creo concebir la infección respiratoria como causa de un descuido sería un factor que contribuye a la concepción de gravedad de la enfermedad y por lo tanto a la práctica de solicitar solución rápida.

El grupo de madres ha identificado los mecanismos de contagio de manera mayoritaria con factores ambientales 17 de las 22 madres, consideran aspectos como desabrigo, clima, cambio de temperatura; que sabemos no son la causa pero sí factores determinantes (125-130).

Este hallazgo, coincide con lo encontrado por Romero en una comunidad indígena de Oaxaca donde no identifican como causa a los microbios sino a causas como frío, humedad, descuido (131).

Así mismo, esta interpretación tiene que ver con su cosmovisión donde consideran a diferentes elementos de la naturaleza agua, aire como fuerzas; que la salud es el resultado del equilibrio entre estas fuerzas y que el ser humano es un ser pequeño frente a estas fuerzas de la naturaleza (132)

Mitos como mojarse, caminar sin zapatos, solearse, pasa por la leche, aspectos que son transmitidos culturalmente y que es necesario considerarlos para reenfocar las medidas preventivas en el hogar.

La duración del síntoma fiebre en las infecciones virales no fue reconocida por 9 de las 22 madres que representa un 40%. Esta falta de conocimiento contribuye a la búsqueda frecuente de atención médica tanto en consulta externa como en servicios de emergencia (4), incrementándose la demanda en este último cuando no existe la disponibilidad de oferta en consulta externa.

### **1.3.2 Resultados del Estudio etnológico aspectos procedimentales**

En relación a las prácticas para el manejo en el hogar de los síntomas de las infecciones virales las madres respondieron que:

#### **Cuadro 5. MANEJO DE LA SECRECION NASAL EN EL HOGAR**

<b>MANEJO SECRECION NASAL</b>	<b>CASOS</b>
NO SABE	5/22
MEDICINAS	5/22
GOTAS NAALES	4/22
LIMPIAR FOSAS NAALES	3/22
FROTACION	3/22
MIEL	2/22
VAPORIZACION	2/22
LIQUIDOS CASEROS	2/22

En relación a los líquidos 1 madre dijo que se la daría a la madre, no al bebe.

Se consideran 9 respuestas correctas (35%) en el manejo de secreciones nasales al uso de gotas nasales, limpiar las fosas nasales, dar líquidos. Debiendo trabajar en 17 respuestas incorrectas (65%) como no saber, usar medicinas lo que es innecesario, frotación, vaporización, miel.

Al preguntarles si usarían antibiótico en sus niños con secreción nasal 16 de las 22 (72%) madres respondieron que si.

#### **Cuadro 6. MANEJO DE LA TOS EN EL HOGAR**

<b>MANEJO DE LA TOS</b>	<b>CASOS</b>
LIQUIDOS CASEROS	12/22
NO SABE	5/22
MEDICINAS	4/22
FROTACION	1/22
AL HOSPITAL	2/22

El manejo de la tos fue adecuado (uso de líquidos) en 12 de las 22 madres que representa el 48%. Debiendo reforzar en 13 respuestas incorrectas (52%): 5 no saben, 4 medicinas innecesarias, 2 al hospital, 1 frotación.

**Cuadro 7. MANEJO DE LA FIEBRE EN EL HOGAR**

MANEJO DE LA FIEBRE	CASOS
PARACETAMOL	14/22
PAÑOS AGUA TIBIA	4/22
PAÑOS AGUA FRÍA	3/22
PAÑOS HUMEDOS	2/22
BAÑO	3/22
BUJI	1/22
VINAGRE	1/22
ORINA	1/22
AL HOSPITAL	1/22

Procedimentalmente el manejo de fiebre tuvo 21 respuestas correctas (63%) como uso de paracetamol, paños de agua tibia, baño. A diferencia del aspecto conceptual de la duración de la fiebre que tuvo 9 respuestas correctas.

Debiendo trabajar en 12 respuestas incorrectas (33%): 2 por imprecisas como paños húmedos, 3 paños de agua fría, 1 buji, 1 vinagre, 1 ir al hospital.

**Cuadro 8. MANEJO DE LA DIARREA EN EL HOGAR**

MANEJO DE LA DIARREA	CASOS
PANETELA O SUERO	8/22
NO SABE	6/22
PASTILLAS	2/22
AL DOCTOR	2/22
MAZAMORRA	1/22
TE	1/22
AZUCAR TOSTADA CON PAICO	1/22
LIQUIDOS	1/22

El manejo de la diarrea tuvo 10 respuestas acertadas (45%) como el uso de panetela o suero, liquido, té.

12 respuestas inadecuadas (55%) como el no saber, pastillas, al doctor, mazamorra, paico.

Los detalles del manejo sintomático de las infecciones virales son mostrados en la tabla 4. (Anexo 7)

#### **De las brechas Procedimentales encontradas para el manejo de las infecciones virales**

De las 18 madres que contestaron que los niños con secreción nasal tienen resfrío o gripe 10 (55%) dijeron que si se tratan con antibióticos. El concepto que los antibióticos pueden o deben usarse en resfrío está difundido en la población (11) así como el uso indiscriminado en la comunidad médica; razón por la cual se han realizado

iniciativas para cambiar esta realidad (133) que van desde acciones de educación médica continua hasta medidas regulatorias en la tendencia de consumo (134).

El uso de antibióticos ñen los resfriados o gripesö nos muestra la inconsistencia entre la práctica y la teoría tanto en el área médica como comunitaria. Por lo que podríamos decir que lo que ocurre en las prácticas en el hogar de estas madres coincide o es un reflejo de lo que reporta el proceder médico ante las infecciones respiratorias; prácticas que se aprenden en el encuentro de la comunidad con los procesos de atención de la salud ofertados por médicos; por profesionales de la salud no médicos; por promotores de salud; por farmacias; organizaciones de base; es una práctica compartida.

Dado que las infecciones respiratorias son el principal motivo de consulta y su causa principal las infecciones virales que por lo general tienen un curso de infección leve, creo que la difusión de su manejo con medidas generales debe iniciarse desde la población infantil en los colegios e incluso nidos con metodología adaptada para la edad. Considero que debemos continuar en este camino educativo avanzando hacia la promoción del autocuidado en enfermedades prevalentes como las infecciones respiratorias lo cual contribuiría a crear una cultura del uso adecuado de los medicamentos. A decir de Andrea Álvarez psicóloga social del Instituto de Investigaciones antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de Méxicoö la salud ha sido adoptada como un indicador de desarrolloí puede establecerse como una medicióní í .en la medida que la salud es entendida como un proceso en el que pacientes y sanadores son agentes constructores de sus propios ejes de desarrollo y de sanación asumiendo responsablemente las interrogantes base del mantenimiento de la salud: ¿Cómo me cuido? Y ¿Cómo me sano?ö (135)

El manejo de la tos requiere reforzarse en un 46% de la muestra de madres, lo que quiere decir que medidas simples y caseras como incrementar líquidos (16,18, 25) no son empleadas por desconocimiento en el 22% de las madres; 18% haría uso innecesario de medicamentos, porque el moco bronquial actúa como barrera de protección (31) y la tos es un mecanismo reflejo (30) de la defensa del cuerpo para eliminar de la vía respiratoria partículas provenientes de alvéolos y bronquios (31).

Siendo la infección viral un proceso que aproximadamente dura 7 días y que suele ser de curso leve, durante este tiempo el manejo de la tos sólo debe ser con líquidos. Más aún considerando que el 95% de las secreciones respiratorias son agua (33). Evitar entonces la tos de curso leve sería contrario a los mecanismos de defensa natural del cuerpo.

Por lo mencionado, ir al hospital por tos no es necesario (18, 42); la búsqueda de atención de salud debe ser ante un signo de alarma como la dificultad respiratoria (16) o por tos persistente o incapacitante para el manejo farmacológico respectivo.

La fiebre reporta manejo procedimental farmacológico adecuado en más del 50 %, quedando por reforzar el uso de medios físicos.

Una mamá reportó el uso de orina lo cual es un método usado sobre todo en la sierra central y sur del Perú. Reportado desde culturas antiguas, tanto en uso externo como por vía oral lo cual es conocido en la actualidad como orino terapia (136-137)

Siendo la diarrea un síntoma frecuente, su manejo en el hogar requiere refuerzo, 22.7% no conoce su manejo. El uso de pastillas para la diarrea no es necesario en el 95% de los casos y si es una manifestación de la infección viral definitivamente no lo requieren. Es necesario enseñar a las madres que acudir al doctor por diarrea no es necesario, lo que se tiene que reforzar es el prevenir la deshidratación mediante el uso de panetela. El uso de paico referido por una de las madres sería contraproducente en la diarrea. por su efecto antiespasmódico (138)

### **1.3.3 Resultados del Estudio etnológico aspectos actitudinales**

Al explorar las razones por las que acuden a un centro de salud cuando su niño está con una infección respiratoria mencionaron que:

#### **Cuadro 9. MOTIVOS POR LOS QUE ACUDEN A CONSULTAR EN INFECCIONES RESPIRATORIAS**

<b>MOTIVOS POR LOS QUE ACUDEN</b>	<b>CASOS</b>
SI PASA TIEMPO Y NO MEJORA	5/22
DE INMEDIATO	4/22
SI NO BAJA FIEBRE	4/22
SI RONCA	2/22
SI TIENE TOS EXIGENTE	1/22
SI TIENE MOCO	1/22
AGITACION	1/22
SI LO VE GRAVE O NO SABE	1/22
SI LO NOTA DECAIDO TRISTE	1/22

Sólo 8 madres de 22 manifestaron motivos adecuados para acudir a consulta: si pasa tiempo y no mejora; agitación; si lo ve grave; si tiene tos exigente, situaciones que requiere intervención para precisión diagnóstica y tratamiento farmacológico.

Catorce madres manifestaron motivos no adecuados para consultar por tratamiento médico como el acudir de inmediato, si no baja fiebre, si ronca, si tiene moco, si lo nota decaído.

Al explorar en la entrevista a profundidad la **Manera de Sentir de las madres** cuando sus niños se enferman con infecciones respiratorias se encontró que, ver tabla 5:

**Tabla 5. RESULTADOS DE LA MANERA DE SENTIR DE LAS MADRES FRENTE A LA ENFERMEDAD DE SUS NIÑOS**

CASOS	ACTITUD	ESTUDIO ETNOLOGICO
<b>1.KARINA</b> mama de ARIANA	ASERTIVA	Cuando niño se enferma "ME DA NO SE QUE"
<b>2.NERY</b> F.Nac: 9/10/08:NATHANIEL mama de: NATHANIEL	ANSIEDAD	Cuando niño se enferma "LE DA PENA, SE DESESPERA, SE DEPRIME"
<b>3.VIVIANA</b> mama de:LEONARDO	ANSIEDAD	Cuando niño se enferma se siente "incomoda de no sanarse rapido".
<b>4. ANELISA</b> mama de: ALESANDRA	ASERTIVA	Cuando niño se enferma "SE DESESPERA"
<b>5. CARMEN</b> mama de: ADALIT	TEMOR	Cuando niño se enferma "SE PREOCUPA"
<b>6. LESLY</b> mama de ALEXANDRA	TEMOR ANSIEDAD	Cuando niño se enferm SE PONE NERVIOSA, SE DESESPERA, NO SABE QUE LE PASA"
<b>7.MARLENE</b> mama de:JAZMIN	ANSIEDAD	Cuando niño se enferma "SE ANGUSTIA, SE DESESPERA"
<b>8. LORENA</b> mama de: ADALI	ANSIEDAD	Cuando niño se enferma " LE DA PENA"
<b>9. SUSANA</b> mama de: SHANTALL	TEMOR/ ANSIEDAD	Cuando niño se enferma "SE SIENTE TRISTE , NO SABE QUE HACER"
<b>10. NELLY</b> mama de:JOSHUA	TEMOR ANSIEDAD	Cuando niño se enferma "LLORA, NO SABE LO QUE TIENE"
<b>11. JULIANA</b> mama de:GARY	AGRESIVIDAD ANSIEDAD	Cuando niño se enferma "SE DESESPERA, LE DA PENA"
<b>12. LIVIA:</b> mama de: ROSMERY	TIMIDEZ ANSIEDAD	Cuando niño se enferma " LLORA NO SABE QUE HACER"
<b>13. CARMEN</b> mama de: MICAELA	ANSIEDAD	Cuando niño se enferma "LE DA PENA, NO SABE LO QUE TIENE"
<b>14. JESSICA</b> mama de: SANTIAGO	DESCONFIANZA	Cuando niño se enferma "SE SIENTE MAL, DESEPERADA PORQUE NO SABE QUE PASA"
<b>15.ROSA</b> mama de: SANDRA	TEMOR ANSIEDAD	Cuando niño se enferma " SE ANGUSTIA, SE PREOCUPA" se desespera, porque se impacienta.
<b>16. TANIA</b> mama de:EMILY	TEMOR	Cuando niño se enferma "SE DESESPERA"
<b>17. MARITZA</b> mama de:RIHANA	ASERTIVA	Cuando niño se enferma "SE DESESPERA"
<b>18. GERARDA</b> mama de: JESUS	TIMIDEZ	Cuando niño se enferma "SES SIENTE INCOMODA, PREOCUPADA"
<b>19. ROSALIA</b> mama de:ANGEL	TIMIDEZ ANSIEDAD	Cuando niño se enferma piensa en "lo peor que se va a empeorar"
<b>20. KARIN</b> mama de: LEONARDO	ANSIEDAD	Cuando niño se enferma "SE PREOCUPA"
<b>21. ROSA</b> mama de: Jean Carlos	ANSIEDAD	Cuando niño se enferma "MAL QUE SE VA A MORIR"
<b>22. MAGALY</b> mama de: DAYELLY	TIMIDEZ	Cuando niño se enferma "SE DESESPERA"



Ellas comparten sentimientos de desesperación en 10 de los 22 casos. Once discursos se relacionan con nerviosismo, angustia, preocupación, incomodidad, inquietud. Nueve discursos relacionados con pena, depresión, tristeza, llanto. El llanto lo asocian a que ño saben lo que tienen sus niños o ñ porque no saben que hacerö.

### **De las brechas Actitudinales encontradas en el estudio etnológico para el manejo de las infecciones virales**

La actitud tiene un componente cognitivo (77) que en este grupo de madres equivale que ante la enfermedad de su niño esta sea percibido como igual a peligro, igual a gravedad; ante ello se produce una respuesta: acudir rápido a un centro de atención, llorar, desesperarse, motivada por el discomfort que experimentan durante la ansiedad (109).

El acudir de inmediato a consulta significa una falta de reconocimiento de lo síntomas y su manejo procedimental. La presencia de fiebre, ronquido, secreción nasal y decaimiento requieren tratamiento con medidas generales que pueden ser aplicadas por la familia, no requieren manejo en un centro de atención de salud y de hacerlo implica un uso inadecuado de los servicios de salud, con la consiguiente congestión de los servicios de emergencia y demanda insatisfecha en consulta externa en los servicios públicos de salud.

Estos hallazgos nos refuerzan la necesidad de trabajar en el reconocimiento de signos de de las infecciones virales, en los signos de alarma y en el manejo sintomático de las infecciones virales con mayor respuesta en aparato respiratorio cuya evolución en la mayoría de los casos es de curso leve.

Siendo común en este grupo la característica de ansiedad materna se produce una respuesta de temor que se expresa en conductas ansiosas (69, 75, 94, 97). Si al temor se suma desconocimiento ello explicaría porque consultan por secreción nasal, ronquido, síntomas que solo requieren de medidas generales.

En los casos en que la observación inicial de las características actitudinales no coincidió con la actitud mostrada a lo largo del estudio podemos decir que: Como en el caso de Anelisa considerada como asertiva en la observación actitudinal, en el estudio etnológico se le notaba con voz baja y expresó que cuando su niña se enferma ñse desesperaö. Vemos que la entrevista a profundidad nos permite identificar lenguajes no verbales como el tono de voz, que puede ser un signo de timidez, inseguridad, temor y que se relaciona bien con lo expresado en su forma de sentir frente a una situación concreta: la enfermedad de su niña.

Los investigadores han estimado que entre un 60 y un 70% de lo que comunicamos lo hacemos mediante el lenguaje no verbal (82)

Se conoce que una persona tratará siempre de reducir las inconsistencias cognitivo afectivas (77). Esto podría ser una explicación porque en esta muestra las madres

ansiosas manifestaron con frecuencia que ñse desesperanñ como una manera de liberar esa tensiñn.

Los sentimientos de desesperaciñn, de angustia, preocupaciñn, pena, no sabe que tiene, incñmoda, expresiones obtenidas de la entrevista a profundidad corroboraron en la mayoría de los casos lo identificado con el mñtodo de observaciñn actitudinal.

## **CAPITULO IV. 2: DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON MADRES SOBRE CONTROL DE LAS INFECCIONES VIRALES EN EL HOGAR**

### **Resultados de la Sesión educativa 1.**

#### **ANIMACION**

Luego de la presentación de la investigadora que actuó como facilitadora del taller se procedió a pasar tarjetas entre las madres con **Palabras Claves** como: secreción nasal, tos, fiebre, diarrea. Las mismas que debían ser intercambiadas entre las madres al ritmo de un sonido. Esta dinámica originó risas entre ellas mientras intercambiaban sus carteles y expectativa cuando el sonido terminaba. Luego de repetir tres veces estos intercambios, se les pidió que cada una leyera su respectivo cartel.

#### **MOTIVACION**

Se les mostró la Figura de un niño pequeño con secreción nasal, imagen que ellas conocieron durante la entrevista a profundidad. Se les preguntó qué otras molestias pueden tener los niños cuando presentan secreción nasal?, se les iba escuchando y cuando coincidían con las Palabras Claves estas eran colocadas cerca de la figura del niño.

Se les dijo que muchas de ellas cuando ven a su niño enfermo como el de la foto, sienten de diferentes maneras y se pusieron letreros con los **Sentimientos que las mamás expresaron en la fase diagnóstica** ñse desesperanö ñno saben que hacerö ñpiensan que va a pasar lo peorö ñlloranö ñincómodasö ñnerviosasö ñpiensan en descuidoö para así poder conectarnos con ellas y buscar mayor interés en el tema que estábamos abordando.

Se escuchaban comentarios de ñsí es verdadö; ñsí yo me pongo asíö.

Cuando se les preguntó por qué se desesperaban contestaron porque: **ñNo sabemosö ñsus hijos pueden empeorarö.**

Se les explicó que el niño de la Figura tiene una Infección Viral y que al final de la reunión todas Sabrían qué hacer cuando sus niños presenten esta enfermedad y que así ya no deberían sentir miedo porque sabrán lo que tienen y podrán ayudarlos; pero, que además aprenderían cuándo solicitar una atención de salud.

#### **APROPIACION**

Se procedió a desarrollar las **Ideas Claves** que eran el reconocimiento de síntomas de la infección viral; el manejo sintomático y cuándo acudir a consulta.

Se Definió la Infección viral con mayor repercusión en aparato respiratorio como el conjunto de síntomas que suele iniciar con secreción nasal y que puede ir acompañada de tos, fiebre y diarrea; producida por un microbio llamado **Virus**.

Se abordó el tema de cómo se contagia y nuevamente se utilizaron ideas de la entrevista a profundidad para eliminar mitos y reforzar que la forma de contagio es de persona a persona a través del estornudo y tos. Así mismo, se explicó como contribuyen las condiciones climáticas para favorecer el contagio, pero, que no son la causa. Se les mencionó que no es por tomar cosas heladas; que estos líquidos helados no pasan en esa forma por la leche materna.

Se explicó el **Manejo en el hogar con Medidas generales** o también conocido como Tratamiento Sintomático empleando como metodología educativa el uso de tarjetas móviles para el control de los Cuatro Síntomas principales:

Secreción nasal, tos, fiebre y diarrea señaladas con tarjetas móviles más grandes

Las Medidas Generales para cada síntoma con tarjetas de menor tamaño. (Anexo 8 Guía educativa)

Finalmente se le enseñó los **Motivos para buscar atención de salud en las infecciones virales**. Se les explicó que la Infección viral era un proceso y que en la mayoría de los casos el proceso duraría una semana; que la fiebre en promedio dura 3 días y el tratamiento consistía en aplicar lo que habían aprendido para controlar los síntomas, es decir, medidas generales.

Se les enfatizó que cuando vinieran a consulta por una Infección viral la indicación de los médicos sería:

Limpieza de fosas nasales, líquidos, control de la fiebre, panetela y que eso ellas lo habían aprendido; que muchas ya lo sabían porque la entrevista así lo había revelado.

### TRANSFERENCIA

Se les agrupó en 2 pequeños grupos para que aplicaran en un caso el manejo sintomático de acuerdo al síntoma que les había tocado.

### EVALUACION

Se evaluó a través de un cuestionario que contenía las Ideas claves. El procedimiento consistió en circular un objeto al ritmo de una música; quien se quedaba con el objeto al culminar la música respondía la pregunta. Para comprobar si habían entendido las Ideas claves se les hizo preguntas hasta obtener las respuestas correctas.

Al finalizar el taller se les entregó un **Tríptico sobre Infecciones Virales** (Anexo 8 Guía educativa). Se les explicó que apliquen lo aprendido y se les invitó al segundo taller que se realizaría cuando su niño tuviera 2 meses.

En la primera sesión del 25-11-08 de las 7 mamás citadas asistieron 2:

La Sra. Anelisa quien en la observación de sus actitudes se mostró con características asertivas, pero que durante el estudio etnológico reveló datos de ansiedad nos comentó que cuando su niña se enferma se desespera y

Juliana con características de agresividad/ ansiedad que durante el estudio etnológico afirmó que cuando su niño se enferma se desespera, le da pena.

Cuando se les pregunta por qué se sienten así, refieren es que no sabemos.

En el taller del 9-12-08 de 4 las mamás citadas asistieron 2:

La Sra. Susana y la Sra. Lorena, las dos con características actitudinales ansiosas. Ellas refirieron en el taller que cuando sus hijos se enferman les da pena, se sienten tristes, no saben qué hacer. Durante el taller responden con voz baja.

En el taller del 20-12-08 asistieron las 8 mamás: La Sra. Carmen, Maritza, Tania, Rosa, Gerarda, Livia, Magaly y la Sra. Nelly.

A la Sra. Carmen que en el etnológico se le veía temerosa, durante el taller se le ve más segura.

A La Sra. Maritza que inicialmente se le observaba asertiva, durante el estudio etnológico en su casa se le ve temerosa, se encontraba presente su mamá. Al final del taller nos preguntó por su dificultad para dar leche materna, notando en ella ansiedad, se le explica la importancia de relajarse (en el segundo taller nos informó que ñahora sólo le da lactancia maternañ).

A la Sra. Rosa que en la entrevista se le observaba temerosa, vino con su pareja y se le observó muy activa en el taller.

A la Sra. Gerarda que se le observa tímida, durante el taller se desenvolvió muy activamente.

Los sentimientos predominantes en este grupo en el etnológico fueron que ñSienten penañ, ñse desesperañ,ñ se angustianñ,ñ se sienten incomodañ, ñse preocupañ, ñlloranñ.

En el taller manifestaron que se sienten así porque: ñno sabemos, se ponen nerviosañ.

En el taller del 9-1-09 asistieron las 4 mamás citadas: La Sra. Rosalía, Rosa, Karin y la Sra. Jessica.

El patrón actitudinal de ellas fue timidez/ansiedad, ansiedad, ansiedad y desconfianza.

Pensaban que a su niño ñle va a pasar lo peorñ, ñque se va a empeorarñ, ñque se va a morirñ, ñse preocupañ ñse sienten malñ, ñse desesperañ.

Al preguntárseles por qué: ñrefieren porque son sus hijosñ, ñse pueden empeorarñ.

Al final de la sesiones se obtuvo respuestas correctas por parte del grupo a la preguntas del cuestionario.

De las 22 madres entrevistadas que debían acudir a su taller participaron 16, las otras 6 no acudieron a su cita del control de niño sano.

## **Resultados de la Sesión educativa 2.**

En la sesión educativa de fecha 20-12-08 asistió 1 de las dos madres citadas:

Anelisa recordó el manejo sintomático, pero no la preparación en cantidades exactas de suero y panetela. Se le entrega material por escrito.

En la sesión del 9-1-09 asistieron las dos madres citadas: la Sra. Susana y la Sra. Lorena, ambas con características ansiosas. Susana mostró un manejo sintomático correcto.

Lorena conoce el manejo sintomático, se reforzó el manejo de fiebre no recordó el paso de aplicar el baño.

En la sesión 19-1-09 de las 9 mamás citadas asistieron 6: la Sra. Maritza, Rosa, Gerarda, Livia, Magaly y la Sra. Nelly. El manejo sintomático fue correcto. Se reforzó preparación de suero fisiológico y panetela. Algunas no consideraron el baño en manejo de fiebre. Se les entregó preparación por escrito de suero y panetela.

En la sesión 9-2-09 asistieron las 3 mamás citadas: la Sra. Rosalía, Karin y la Sra. Rosa. El manejo sintomático de la diarrea en las tres fue correcto. El manejo de la tos fue correcto en 2 de las tres, Karin no supo el manejo en el bebé.

El manejo de las Secreciones nasales en las tres fue correcto.

En el manejo de la Fiebre las 3 recordaron los cuatro pasos; una no recordó el orden exacto. Se reforzó preparación panetela y suero fisiológico.

Se les recomendó que apliquen lo que habían practicado en el taller, se les entregó preparación por escrito de suero y panetela (Anexo 8 Guía educativa)

A las 4 madres que no asistieron se les realizó visita domiciliaria, donde se les hizo la sesión de manera individual.

Se les invitó al tercer taller cuando sus niños tuvieran 4 meses.

### **Resultados de la Sesión educativa 3.**

La metodología fue de exposición diálogo con material educativo diseñado para tal fin, se utilizó imágenes a través de un rotafolio destacando figuras con expresiones faciales de miedo que revelan autoestima baja como en las reacciones ansiosas; así como imágenes con autoestima alta como en las reacciones asertivas.

Estas imágenes sirvieron para **graficar y enfatizar datos obtenidos del estudio diagnóstico** sobre brechas actitudinales que impiden el manejo de las infecciones virales en el hogar, en el que expresaban ñque se desesperanö, ñtienen miedoö.

Se les explicó que cuando uno aplica lo que conoce está actuando de manera asertiva porque confía en sus capacidades, se tiene confianza.

Se les informó que la manera de reaccionar de las madres influye directamente en la conducta y futura autoestima de sus niños

Cuando en la exposición de Autoestima observaron las imágenes de madre con conductas miedosas se escuchaban comentarios refiriendo ñsí, así me pongo yoö. Cuando se les mostró imágenes de niños y se les explicó cómo se forma la autoestima con la conducta materna se vió una atención general en el auditorio.

Las madres reconocieron los Motivos de consulta. Preguntaron si el ronquido era sinónimo de tos, inquietud expresada por Sandra, Jesica, Karin, Carmen, Anelisa cuyos niños presentaban características alérgicas que se manifestaban por ronquidos y congestión nasal, se les explicó que el manejo era igual al que habían aprendido de la tos y la secreción nasal y que debía aplicarse siempre y cuando el descanso o lactancia del niño estuvieran alterados; caso contrario era una respuesta pasajera, leve; que generalmente aparecía a determinadas horas del día como una respuesta del organismo de sus niños a factores ambientales. ñExpresaron que si habían observado esos cambios y que sus niños no tenían sueño o lactancia alteradaö. Se aprovechó en explicarles que mientras la infección viral tenía un principio y un final que aproximadamente duraba 7 días los procesos alérgicos tienden a ser crónicos.

Se procedió a reforzar los Motivos para acudir a consulta ante Infecciones Virales con mayor respuesta en aparato respiratorio.

De las 16 madres que acudieron a las sesiones educativas completaron todo el estudio 14 madres. 1 de ellas La Sra. Tania fue visitada hasta en dos oportunidades para completar su tercer taller y no fue posible ubicarla. La Sra. Rosa cambió de domicilio.

Al finalizar el taller se les entregó a cada una de las madres materiales procedimentales y educativos que en su conjunto forman el denominado **KIT básico de Manejo de infecciones virales en el hogar** (Anexo 9) conformado por:

- Una bolsa conteniendo paños, gotero, cucharita
- Tríptico diseñado: Sobre infecciones virales (Anexo 8 Guía educativa).
- Tríptico diseñado sobre Autoestima Materna y Desarrollo de los niños (Anexo 8 Guía educativa).
- Preparación de panetela y suero fisiológico (Anexo 8 Guía educativa) y
- Folleto resumen de las tres sesiones educativas **RECORDEMOS** (Anexo 8 Guía educativa)

### **CAPITULO IV. 3: CAMBIOS EN LAS MADRES DE LA INVESTIGACION ACCION: CONTROL DE LAS INFECCIONES VIRALES EN EL HOGAR**

Los cambios se han producido como resultado de un proceso continuo, que se han descrito en las diferentes fases de la investigación y que se han obtenido mediante instrumentos y técnicas como: fichas, cuestionarios, visitas, entrevistas a profundidad, observación, datos gráficos, testimonios, videos.

Toda la Intervención educativa conformada por las tres sesiones fue evaluada por la **Ficha Individual de Evaluación** (Anexo 10).

En el estudio inicial de brechas para el manejo adecuado de las infecciones virales antes de la intervención educativa se encontró que según:

Los datos observacionales predominaba en las madres la actitud de ansiedad.

Los datos etnográficos predominaron las viviendas en asentamientos humanos, a más de 30 minutos de distancia del Policlínico, con áreas colindantes de tierra, construcción de madera, sin servicios intradomiciliarios de agua y desagüe.

Los datos etnológicos revelaron a nivel actitudinal motivos no adecuados para consultar por tratamiento médico y sentimientos de desesperación, nerviosismo ante la enfermedad de sus niños.

En el aspecto conceptual se encontró que sólo 1 madre reconoció a los virus como agente causal de infecciones respiratorias; 55% de las madres consideraban que los resfriados podían tratarse con antibióticos y 72% los usarían ante la presencia de secreción nasal. En el aspecto procedimental se encontró 35% de respuestas correctas en el manejo de las secreciones nasales, 48% en el manejo de la tos, 63% en el manejo de la fiebre debiendo reforzar principalmente el uso de medios físicos y 45% en el manejo de la diarrea.

#### **Resultados de la evaluación**

##### **A nivel conceptual**

Las 14 madres que completaron la intervención educativa reconocieron los síntomas de las infecciones virales con mayor respuesta en aparato respiratorio, cuántos días puede durar la fiebre y cuánto tiempo puede durar la infección viral.

Sólo una madre continuó con la creencia que los antibióticos si le ayudarían en una infección viral, nos referimos a Susana que tenía características de ansiedad.

##### **A nivel procedimental**

En cuanto a cómo se controlan las secreciones respiratorias todas recordaron la limpieza de fosas nasales; 1 no recordó espontáneamente el suero fisiológico.

Respecto al control de la tos todas recordaron el uso de los líquidos.

En el control de la fiebre 11 de las 14 recordaron los 4 pasos para el control de la fiebre. Las 3 restantes recordaron 3 pasos.



• Carmen mamá de Micaela, que tiene características de ansiedad • quien sintió miedo y llevó a un médico a su niña por fiebre entre la primera y segunda sesión, sí sabía todos los pasos del control de la fiebre.

En el control de la diarrea sólo 1 de las 14 madres no mencionó la panetela.

### **A nivel Actitudinal**

-En relación a cómo manejaron las infecciones virales en sus niños durante los 4 meses de intervención y si aplicaron las sugerencias de las sesiones educativas en el control de los síntomas:

Todos los niños presentaron algún síntoma de infección viral durante el período que duró el taller de noviembre del 2008 a marzo del 2009. Las 14 madres aplicaron las medidas enseñadas.

Rosa mamá de Jean Carlos, que tiene características de ansiedad; cuando vino al centro luego del primer taller mencionó que su niño tenía diarrea y se le explicó que aplicara lo que había aprendido; en el segundo taller nos refirió que no fue necesario una consulta posterior porque la diarrea remitió.

Susana mamá de Shantall que tiene características de ansiedad; refirió que cuando su niño tuvo secreción nasal aplicó leche materna • porque su mamá le había dicho que era mejor •.

-En relación a cuándo se debe acudir al médico en una infección viral; si acudieron al médico, cuáles fueron las razones:

De las 14 madres 10 manejaron los síntomas completamente en casa, 4 madres manejaron los síntomas pero consultaron durante este período buscando atención médica. De las 4 que acudieron a consulta médica, fue oportuna la solicitud de atención en 3 de ellas:

Karin y Jessica por tos exigente de más de 1 semana.

-1 por dificultad respiratoria y acudió por emergencia.

- 1 por tos persistente y acudió por consultorio.

En ambos casos el diagnóstico sindrómico fue bronco espasmo como parte de una Infección viral, no requiriendo tratamiento antibiótico. Lo descrito se considera motivo de consulta adecuado así como el tipo de servicio utilizado, emergencia para la dificultad respiratoria y consultorio para la tos persistente. El tratamiento médico farmacológico recibido adecuado.

Lorena mamá de Adalit llevó a su niña porque vomitaba, no aceptaba líquido y tenía diarrea acudiendo por emergencia. Recibiendo tratamiento antibiótico. El motivo de consulta no aceptación de la vía oral y el servicio utilizado emergencia se consideran adecuados. De acuerdo a la revisión de caso H.C: 134096 el antibiótico no era necesario.

La señora Carmen con actitudes ansiosas, que manifestó desesperarse cuando su niña se enferma, acudió a consulta en el período entre la primera y segunda sesión por fiebre que no era un motivo de acuerdo a lo enseñado en la sesión. Al preguntársele por qué acudió a consulta por fiebre manifestó que • aplicó los medios físicos de paños de agua

tibia, el paracetamol, pero que no completé los pasos de baño y usar la antalgina por temor a la fiebre, por eso prefirió llevarla a consulta particular porque era más rápido. Cuando su hija Micaela tenía 2 meses presentó secreción nasal, tos y fiebre de 1 día de evolución correspondiendo claramente a un típico caso de infección viral, que aunque fue reconocido por la madre e intentó manejarlo sintomáticamente su discordancia entre lo conceptual y emocional la hizo recurrir a una atención; a lo que debemos agregar que en su contexto social Carmen trabaja todo el día, su niña quedaba al cuidado de los abuelos quienes se oponían a los manejos sintomáticos con medios físicos de la fiebre y consideran el uso de antibióticos en todo proceso febril.

El tratamiento médico farmacológico recibido fue antihistamínico y antibiótico, por los síntomas descritos se consideran innecesarios y refuerzan de esta manera la concepción que tiene la familia sobre el proceso febril igual antibióticos y contribuye a que una persona con las características actitudinales de Carmen de ansiedad difícilmente se oponga a esta concepción del manejo de la enfermedad viral en su contexto familiar.

Las 4 madres que consultaron recibieron indicaciones de tratamiento farmacológico. Vemos que en esta pequeña muestra de 4 que acudieron a consulta médica 2 (50%) recibió prescripción de antimicrobianos innecesariamente.

13 de las 14 (92%) madres que completaron la intervención educativa aplicaron el tratamiento sintomático de manera adecuada, lo cual demuestra que la intervención es efectiva. 1 no lo completó por temor a la fiebre, pero al final de la intervención demostró conocer los síntomas, el manejo procedimental y refirió que su actitud sería diferente refiriendo que la ayudaría.

### **Percepción de las madres sobre su desempeño futuro ante una infección viral en sus niños luego de la intervención educativa**

Jessica actuaría más calmada, más tranquila, seguiría paso a paso lo que nos ha dicho  
Karin dice depende  
Rosa más tranquila  
Magaly aplicaría todo lo que usted me ha enseñado  
Gerarda yo seguiría misma cosa (aludiendo a lo que había aprendido)  
Rosalía procedería como me han enseñado, reaccionaría bien trataría de practicar todo lo que me enseñó  
Micaela lo ayudaría  
Nelly con tranquilidad  
Anelisa como ya sé lo que tengo que hacer, seguir los pasos que he aprendido  
Lorena si la puedo controlar no me asustaría no me alarmaría, pero cuando ya le veo un poco gravecita ahí si porque tengo miedo  
Juliana de la misma manera, con más atención  
Livia tranquila ya, ya no preocupo mucho  
Maritza aplicaría de repente todo  
Susana explica lo que haría, pero dice primerito me pondría nerviosa, haría todo, si no ocurre lo traería por emergencia

## **Percepción de las madres sobre la contribución de la intervención educativa en el manejo de las infecciones virales en el hogar**

Jessica òme ayudó bastante, como reaccionar más tranquila, a mi esposo yo también lo tranquilizo con agüita, a mi suegra también porque dice ya le deben dar algo, un jarabe, ya me estaba cansando, yo era demasiado ignorante en esas cosas.ö

Karin òbastante, yo no sabía de infección viral, me ayudó para darle lo que necesitaba, para saber, para sus malestares que el tenía.ö

Rosa òmás tranquilaö

Magaly òpor la prácticaö

Gerarda òme han enseñado mucho, mi bebe se enfermó verdaderamente yo no lo creí, mi bebe se sanó, yo misma me he sanadoö.

Rosalía òa no ser tímida cuando se enferme mi bebe, yo me sentía muy mal no sabía cómo ayudarla, ahora ya sé y en qué momento debo traerla acáö

Carmen òun montón la ayudaría, me desesperabaö

Nelly òme ayudó en seguridad, a verlo a él, ya que yo no puedo verlo todo el día porque trabajo, a no estar viniendo a cada rato que a veces uno también no tiene tiempoö

Anelisa òantes yo sin saber seguro hubiera venido y ahora sé que puedo controlarlo en casa a menos que pase más de 1 semana ya vengo a consultarö.

Lorena ònos han dado más información, a veces lo traemos cuando no es una emergencia, evitamos que otras personas puedan ser atendidas y nosotros lo podemos manejar en casa, no es necesario traerlo.ö

Juliana òme ha ayudado bastante y he podido aplicar todo lo que he aprendido en el taller, con mis hijos mayores me ha funcionado muy bienö

Livia òsi me ha servido bastante, por ejemplo cuando se ha enfermado mi hijo, mi hija; para yo poder ayudar en mi casa, antes no sabía poner pañitos para la fiebre, ahora yaö.

Maritza òde que haya cambiado algo no, a veces yo sí siempre me asustaba, me ponía nerviosa y como le escuchaba siempre el ronquido, pero no le he dado nada y esta así normal.ö

Susana òmucho, porque yo no sabía tanto, ahora ya, yo sola lo hago; ya no le pregunto tanto a mi mamá, yo siempre iba a preguntarle a mi mamá, ahora ya sé y lo practico hasta con mi esposo lo practico, mi esposo está con gripe yo misma le he bajado la fiebreö.

## **CAPITULO V. DISCUSION**

### **EVALUANDO LA CONTRIBUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA: CONTROL DE LAS INFECCIONES VIRALES EN EL HOGAR**

En nuestra tesis partimos de la realidad que las madres acudían a consulta con sus niños por infecciones virales cuyos síntomas secreción nasal, tos, fiebre y/o diarrea requerían tratamiento con medidas generales. Observábamos una preocupación por estos síntomas cuando acudían a emergencia o a consultorio externo y un desconocimiento de signos de alarma para acudir a una atención.

Propusimos modificar esta realidad con una Intervención Educativa que aborde aspectos conceptuales, procedimentales y actitudinales con madres del Distrito de Ventanilla como parte de un estudio cualitativo tipo investigación acción con la finalidad de contribuir a un mejor control en el hogar de las infecciones virales no complicadas con mayor repercusión en aparato respiratorio.

#### **A nivel Actitudinal**

En esta muestra mediante la observación del lenguaje no verbal se encontró la categoría de ansiedad en 16 de las 24 madres evaluadas y en 9 de las 14 madres que completaron toda la intervención. La ansiedad, activa la capacidad de respuesta del individuo, resultado de la percepción consciente o inconsciente de una situación de peligro; se caracteriza por agitación e inquietud (109) que se manifiesta por un lenguaje corporal facial (97). Mark Knapp sostiene que el lenguaje gestual es un comunicador de estados de ánimo y afectos (69, 75). Para Paul Watzlawick cuando se enfatizan los fenómenos interaccionales el comportamiento se describe mejor (69).

Los resultados etnológicos en cuanto a aspectos procedimentales y actitudinales ante las infecciones virales en las 22 madres evaluadas por entrevista a profundidad revelaron que 14 madres manifestaron motivos no adecuados para consultar por tratamiento medico como el acudir de inmediato, si no baja fiebre, si ronca, si tiene moco, si lo nota decaído.

Respecto a la manera de sentir de las madres cuando se enferman sus niños ellas compartieron sentimientos de desesperación en 10 de los 22 casos; 11 discursos se relacionan con nerviosismo, angustia, preocupación, incomodidad, inquietud.

Cuando se les preguntó por qué se desesperaban contestaron "No sabemos" "son sus hijos pueden empeorar".

Estas respuestas revelan un tema de carencia conceptual al decir "No sabemos"; pero también un pensamiento fatalista "son sus hijos pueden empeorar", probablemente ligado a experiencias previas o a una manera cultural de responder, de enfocar los problemas.

La manera de responder en lo emocional tiene una dinámica biológica establecida donde, las expresiones faciales emocionales de otros individuos activan regiones en la corteza somato sensorial, en la ínsula anterior, en el opérculo frontal en individuos que están observando al igual como si las experimentaran, esto se conoce como Resonancia emocional (90), este mecanismo ayudaría a los bebés a percibir el estado emocional de las personas que los rodean (91). Una respuesta nerviosa ante una estimulación produce movimientos expresivos (94).

Si con mayor frecuencia se encontró que la respuesta de las madres en sus interacciones fue de ansiedad, entenderemos que el hecho: enfermedad de sus niños, genere respuestas ansiosas, temor; porque las expresiones se canalizan por las vías nerviosas más preparadas por los hábitos (94). A nivel del sistema nervioso existen programas subcorticales innatos que establecen una conexión para la expresión de cada una de las emociones básicas con los movimientos musculares faciales (94-96). Las emociones básicas como alegría, ira, miedo, sorpresa, desagrado y tristeza son procesos seleccionados en el proceso de evolución por su valor adaptativo (97).

El temor, la desesperación, el nerviosismo, además del desconocimiento podrían explicar el que las madres acudieran a consulta por motivos no adecuados.

Los pensamientos que sus hijos pueden empeorar no serían más que una expresión relacionada de una manera de responder ante un estímulo determinado: enfermedad de sus niños, temor, respuestas ansiosas, pensamientos fatalistas.

Como menciona José Francisco Morales Domínguez psicólogo social la actitud debe ser inferida a partir de ciertas respuestas que reflejan en conjunto cierta predisposición favorable o desfavorable hacia el objeto de actitud (139).

Esta respuesta ansiosa de las madres habría sido aprendida por el mismo mecanismo de resonancia emocional en su entorno familiar durante sus primeras experiencias socializadoras. El reconocimiento emocional es un referente social por el cual los niños comprenden los hechos (86). La expresión facial de las emociones constituye uno de los ejes de la comunicación (94).

Los niños miran de manera diferenciada las expresiones de mamá (87); muestran mayor interés en observar expresiones miedosas (85), por lo que la característica de ansiedad constituiría un factor de riesgo en el desarrollo del niño al estar expuesto a este estímulo desde etapas tempranas de la vida sino se trabaja con las madres el reconocimiento de sus características actitudinales y su autoestima.

### **A nivel conceptual**

Las 14 madres que completaron la intervención educativa reconocieron los síntomas de las infecciones virales con mayor respuesta en aparato respiratorio, cuántos días puede durar la fiebre y cuánto tiempo puede durar la infección viral. La intervención educativa logró las competencias conceptuales esperadas.

Para el logro de los contenidos conceptuales se partió de conocer los conocimientos previos; preparar la información a transferir de manera simple utilizando conceptos claves y en la presentación de la información de manera secuencial, progresiva, esto coincide con lo mencionado por Ahumada: El reconocimiento de los conocimientos previos y una predisposición favorable hacia la búsqueda de un significado o sentido de lo que se aprende es posible si se entrega al estudiante un proceso de enseñanza coherente con un tratamiento profundo de la información, oportunidad de aprender activamente tareas conectadas con el mundo real (140).

El utilizar las tarjetas móviles con los Sentimientos expresados por las madres, obtenidos de la etapa diagnóstica fue fundamental; ello permitió que se fueran conectando con la sesión, como si se identificaran con el niño que se mostraba en la figura y reconocieran sus temores experimentados, lo que facilitó obtener la respuesta de porque se sienten así, respondiendo en su mayoría que es: porque No saben. Esta

misma respuesta fue utilizada como un reto para plantearles que al final de la sesión todas sabrían.

Consideramos que la metodología participativa y los instrumentos metodológicos permitieron lograr las competencias planteadas para las sesiones, identificamos como elementos facilitadores:

Utilizar letreros con sus sentimientos  
Identificarse con sus reacciones  
Imágenes asociadas a sus experiencias  
Compartieron razones de porque tienen miedo  
Fueron experimentando cambios en sus actitudes  
Sistematizar conceptos con uso de tarjetas móviles  
Conceptos abreviados como ideas fuerza.  
Trabajo en grupo  
Culminar con evaluación con las respuestas correctas  
Facilitarles material escrito de refuerzo

Ausbel menciona que los factores que influyen en el proceso educativo además de las variables intrapersonales son las variables situacionales o ambientales tales como práctica educativa, organización de los recursos, factores sociales, características del profesor (70-71).

Las tarjetas con ideas claves permitieron sistematizar, visualizar, utilizar y aplicar las ideas que creemos básicas sobre las Infecciones virales con mayor repercusión en aparato respiratorio. Lo que permite obtener aprendizajes significativos (75, 76).

Sólo 1 madre al final de las sesiones mantuvo el concepto que los antibióticos si le ayudarían en una infección viral; idea que tuvo desde el diagnóstico etnológico, nos referimos a Susana quien posee características de ansiedad, que logró competencias procedimentales y que en el aspecto actitudinal mostró un avance o ya no pregunta tanto a su mamá, ahora aplica lo aprendido, aún mantiene su miedo pero ahora hace más las cosas.

En los cambios por el proceso educativo intervienen no sólo la metodología de la enseñanza, sino el estilo de aprendizaje personal, la estructura interna del subsistema nervioso central que está pre acondicionado por factores como el estado emocional, intereses o motivaciones particulares (141).

### **A nivel procedimental**

En el manejo de las secreciones respiratorias el 100%, es decir, las 14 madres que completaron la intervención recordaron la limpieza de fosas nasales y el control de la tos con el uso de los líquidos.

1 (7%) no recordó espontáneamente el suero fisiológico.

En el control de la diarrea el 93%, 13 de las 14 recordó el uso de la panetela.

En el control de la fiebre el 78%, 11 de las 14 recordaron los 4 pasos para el control de la fiebre. El 22% restante recordó 3 pasos de 4, que se considera satisfactorio.

Las 14 madres aplicaron en el hogar las medidas enseñadas. 13 de las 14 (93%) madres que completaron la intervención educativa aplicaron el tratamiento sintomático de manera adecuada, lo cual demuestra que la intervención es efectiva.

1 no lo completó por temor a la fiebre, pero al final de la intervención demostró conocer los síntomas, el manejo procedimental y refirió que su actitud sería diferente refiriendo que ayudaría a su hija.

De las 14 madres que aplicaron las medidas de control de las infecciones virales en el hogar 10 manejaron los síntomas completamente en casa; 4 madres manejaron los síntomas, pero buscaron atención médica siendo oportuna en 3 de ellas. Las 4 madres recibieron indicaciones de tratamiento farmacológico, el 50% de tratamiento médico prescribió antimicrobianos innecesariamente. En otros estudios Etiler encontró 43% de uso inadecuado de antibióticos (142); Guzmán 59% en un estudio de consulta externa (143); Robaina encontró 62.4% (144).

En la sesión a nivel procedimental observábamos algunas dificultades en relación a preparación en las cantidades de suero fisiológico o panetela y la aplicación de los medios físicos en el manejo de la fiebre que se tuvo que reforzar, pero al final de la intervención en la mayoría hubo aciertos, creemos que esto es una muestra de cambios en sus conocimientos y actitud frente a cómo proceder en la enfermedad de sus niños; los datos previos a la intervención en conjunto nos hablaban de mamás con predisposición (139) a ser temerosas y no actuar; o a desconocer y recurrir o depender de otros.

Aún las madres con rasgos de timidez o temerosas pudieron participar de la metodología, interactuando con otras madres, trabajando en grupo y de manera individual.

Se les dio la oportunidad de practicar y demostrar lo aprendido en la sesión educativa procedimental, así como reforzar sus conocimientos. Presentar los nuevos conocimientos mediante situaciones experienciales relacionadas con hechos u objetos permite el logro de aprendizajes significativos (140).

De acuerdo a Sherif y Cantril las actitudes formadas en relación a objetos, personas o valores están ligadas a situaciones estímulo. El estar en contacto con el objeto determina un proceso perceptivo, por lo que para transformar una actitud ha de existir un cambio de percepción. (145). Creemos que esto se logró al ofrecerles la sesión de manejo procedimental.

### **Percepción de las madres sobre su desempeño futuro y sobre la contribución de la intervención educativa**

Respecto a la percepción de las madres sobre su desempeño futuro ante una infección viral luego de la intervención educativa fueron comunes los discursos:

Ha servido para aplicar lo aprendido, aplicaría paso a paso para estar más tranquila, más calmada ayudó para darle lo que necesitaba, para saber, ayuda por la práctica

Reconocieron sus características actitudinales anteriores en las que no actuaban y ahora sí; como ellas dijeron aplicando paso a paso, aplicando lo aprendido.

Este discurso reconoce la metodología que trató de utilizar la estrategia de organizar la información de manera simple, concreta, conectando con sus propias vivencias y sentimientos para lograr que el aprendizaje fuera significativo. En la concepción constructivista existe un esfuerzo deliberado en que se relacionen los nuevos conocimientos con los conocimientos existentes. El material con que se estudia debe tener una forma conceptual explícita (140).

Sobre la contribución de la intervención mencionaron:

•A no ser tímida cuando se enferme mi bebé, un montón, la ayudaría, me desesperaba; me ayudó en seguridad, ahora sé que puedo controlarlo en casa í ;  
•nos han dado más información, a veces lo traemos cuando no es una emergencia, evitamos que otras personas puedan ser atendidas y nosotros lo podemos manejar en casa, no es necesario traerlo.

•He podido aplicar todo lo que he aprendido en el tallerí ..yo no sabía tanto, ahora ya, yo sola lo hago. Ahora conocen •Pueden manejar en casa a menos que detecten signos de alarma

•La práctica •Ya no tendrían que estar preguntando a cada rato en el Policlínico

•Jessica mencionó que le sirvió porque hasta ella lo calma a su esposo, hasta a su suegra que todo lo ve jarabe.

•Susana refirió que seguiría sintiendo miedo, pero que ahora hace más las cosas sin preguntar tanto a su mamá, que hasta le ha ayudado con su esposo. Esta expresión es una muestra que el alumno se ha implicado afectivamente con el aprendizaje (140), lo cual se logró con todo el proceso de la investigación acción.

Que se expresen verbalmente o por escrito las intenciones y el sujeto reconozca determinados comportamiento son considerados importantes procedimientos evaluativos.

Esta autoevaluación realizada en cuanto a su percepción en el cambio, es una forma que refuerza la idea que la evidencia emana del sujeto aprendiz (140).

Creemos que los cambios más notables se han dado en el aspecto actitudinal al comparar el basal con el obtenido al final de la intervención ahora ellas reconocen que pueden modificar la situación, conocen como hacerlo, saben que pueden hacerlo y han experimentado hacerlo. La intervención educativa logró obtener la competencia esperada controla las infecciones virales no complicadas en el hogar.



## **CAPITULO VI: CONCLUSIONES**

1. El diagnóstico de brechas para el manejo de las infecciones virales encontró que los factores determinantes que impiden el manejo adecuado en el hogar fueron: predominancia en las madres de la actitud de ansiedad; condiciones socio sanitarias con viviendas en asentamientos humanos con construcciones precarias y sin servicios intradomiciliarios de agua y desagüe; en el aspecto etnológico desconocimiento conceptual y procedimental de los virus como agentes causales de infecciones respiratorias; consultas por motivos no adecuados y sentimientos de desesperación ante la enfermedad de sus niños.
2. La ficha observacional del lenguaje no verbal constituye una herramienta para detectar características actitudinales.
3. El temor, la desesperación, el nerviosismo, los pensamientos fatalistas, el acudir a consulta innecesariamente sumado al desconocimiento constituyen la manera de responder ante la enfermedad de sus niños en las madres con características de ansiedad.
4. El abordaje de las características actitudinales de las madres constituye una estrategia para potenciar habilidades en el control de las enfermedades de sus niños.
5. A nivel conceptual y procedimental las 14 madres que completaron la intervención educativa reconocieron los síntomas de las infecciones virales con mayor respuesta en aparato respiratorio y aplicaron en el hogar las medidas enseñadas. El 92.8% reconoció que no se requieren antibióticos para su tratamiento.
6. La actitud ansiosa encontrada en las madres constituiría un factor de riesgo en el desarrollo del niño, al estar expuesto a este estímulo de reconocimiento de la ansiedad por un mecanismo de resonancia emocional en su entorno familiar durante sus primeras experiencias socializadoras, sino se trabaja con las madres el reconocimiento de sus características actitudinales y su autoestima.

7. El uso de conocimientos previos, metodología participativa y los instrumentos metodológicos permitieron lograr las competencias planteadas para las sesiones.
8. Las madres manifestaron su percepción de desempeño futuro de cambio de actitud con discursos como: *“aplicando paso a paso, aplicando lo aprendido”*.
9. Las madres expresaron que la contribución de la intervención les ayudó:  
*“para estar más tranquilas, ahora sé que puedo controlarlo en casa í ö; por la práctica, nos han dado más informacióní .ö; He podido aplicar todo lo que he aprendido en el tallerí ..ö ahora ya, yo sola lo hagoö.*
10. La intervención educativa aplicada a madres ha demostrado que logra la competencia: Maneja las infecciones virales no complicadas en el hogar, confiando en sus capacidades desarrolladas.

## **CAPITULO VII: RECOMENDACIONES**

-Las sesiones de una intervención educativa en infecciones virales con mayor respuesta a nivel respiratorio considerando aspectos conceptuales, procedimentales y actitudinales con metodología participativa pueden ser utilizadas con madres como una estrategia para el control de las infecciones respiratorias.

-La intervención educativa requiere abordar las características actitudinales de ansiedad de las madres por constituir un factor que influye en el desarrollo del niño y por ser una estrategia para potenciar sus habilidades en el control de las enfermedades de sus niños.

-La ficha observacional constituye una herramienta para detectar las características actitudinales de las madres, datos que pueden ser registrados en el CRED y constituirse en información para la intervención educativa.

-Las ideas fuerza que creemos deben difundirse son: el reconocimiento de los síntomas de las infecciones virales con mayor respuesta a nivel respiratorio, el manejo sintomático y cuándo solicitar atención de salud.

-La intervención educativa aplicada durante la etapa de control de crecimiento y desarrollo (CRED) es un período en el que las madres se encuentran más receptivas.

-Los mensajes educativos deben tomar como elementos motivacionales los conceptos previos y sentimientos que expresan las madres en relación a la enfermedad.

-Uso en la educación de madres de la Guía educativa "Control de las infecciones virales no complicadas, en el hogar" en diferentes escenarios que sistematiza las ideas claves sobre el tema de las infecciones virales con mayor respuesta a nivel respiratorio.

-Para hacer sostenible un manejo en el hogar por parte de las madres se requiere realizar una difusión comunitaria de los mensajes educativos del reconocimiento de las infecciones virales con mayor respuesta a nivel respiratorio.

-Creemos conveniente trabajar con la comunidad médica el uso inadecuado de antimicrobianos en las infecciones virales con mayor respuesta a nivel respiratorio.

-Es necesario difundir que la denominación IRA incluye y al mismo tiempo enmascara al agente causal más frecuente de las infecciones respiratorias como son las Infecciones virales, las cuales requieren ser identificadas, codificadas y evidenciadas como problema de Salud Pública.

## **VIII. BIBLIOGRAFIA**

1. Guido Girardi B, Pedro Astudillo O, Felipe Zúñiga H El programa IRA en Chile hitos e historia. Rev. chil. pediatr. v.72 n.4 Santiago jul. 2001
2. Honorio Quiroz Carmen Rosa. Conocimientos y su relación con las prácticas de las madres de niños menores de 5 años sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas en el Centro de Salud Max Arias Schereiber octubre-noviembre del 2001. Tesis para optar título de licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2004
3. Ballón Cristina Perfil morbilidad enero-diciembre 2007. Oficina de Epidemiología Policlínico Hermana María Don Rose Sutmoller ESSALUD. Enero 2008.
4. Briceño Mónica. Estudio basal del Síndrome febril en niños que acuden al Servicio de Emergencia del Policlínico Hna. María Don Rose Sutmoller ESSALUD Ventanilla- Enero 2005. Investigación Operativa 2007. Servicio de pediatría Policlínico Hna. María Don Rose Sutmoller ESSALUD.
5. Alvarado Merino, Rosa Isabel; Briceño Aliaga, Mónica Cristina. Encefalitis viral como causa de mortalidad en menores de 5 años durante el Fenómeno El Niño en Talara febrero 1998. Tesis para obtener el título de la especialidad de Pediatría Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2001.
6. Aburto Pitot, Fernando Félix, Del Águila Escobedo, Aníbal. El Fenómeno El Niño y los procesos infecciosos virales como causa de morbi mortalidad en el brote epidémico en niños de la provincia de Talara marzo 1998. Tesis para obtener el título de la especialidad de Pediatría Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2001.
7. Del Águila Escobedo Aníbal, Briceño Aliaga Mónica. Análisis de la Epidemia de muertes infantiles en Talara durante el Fenómeno El Niño de 1997 ó 1998: ¿Estamos preparados para enfrentar otra? An Fac Med Lima 2007; 68 (2)
8. Elder J. et al Experiencia Hondureña en el control de las infecciones respiratorias agudas infantiles. Bol Of. Sanit Panam 110 (5), 1991
9. Salinas Pedro José Metodología educativa propuesta con participación de la comunidad para solucionar problemas de salud. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Vol. 4 n° 1-4. 1995. Mérida, Venezuela. Trabajo ganador del primer premio de trabajos de investigación en el Congreso de Medicina Familiar y XIV jornadas del departamento de Salud Pública de la Universidad de Carabobo Valencia. Venezuela, abril 1995
10. Chiong Frómata Georgina. Rubán Nápoles Ruth. Legrá Hernández Eldys. García Álvarez Juan a. Estudio etnográfico focalizado de las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en la policlínica "mártires del 4 de agosto" durante el período septiembre 1996-febrero 1997. [http://www.gtmo.inf.cu/revista%20electronica/numero\\_12/estudio%20etno](http://www.gtmo.inf.cu/revista%20electronica/numero_12/estudio%20etno)
11. Trepka MJ, Belongia EA, Chyou P- H, Davis JP, Schwartz B The effect of a community intervention trial on parental knowledge and awareness of antibiotic resistance and appropriate antibiotic use in children. Pediatrics Vol. 107 N° 1 january 1, 2001.
12. Carvalho AP; Veríssimo MLÓR. La comunicación en la consulta de los niños y niñas con infección respiratoria aguda. Escola de enfermagem Universida de São Paulo, Brasil. 2007 [www.enfermeria-comunitaria.cl/docs/2%20maria%20l.ppt](http://www.enfermeria-comunitaria.cl/docs/2%20maria%20l.ppt)

13. Verver H, Guiscafrè H, López Dávila C y colaboradores. Cuidados en el hogar a niños con diarrea, infección respiratoria aguda después de una atención integrada. Archivos de investigación pediátrica de México 8(1):12-18, ene 2005
14. Arreghini Mariana Estudio sobre dimensiones éticas de las relaciones de poder en el cuidado de la salud. Magíster en bioética de la Facultad de Ciencias .Médicas Universidad Nacional de Cuyo Mendoza- Argentina [www.udd.cl/prontus\\_facultades/site/artic/20070115/asocfile/resumenes\\_trabajos.pdf](http://www.udd.cl/prontus_facultades/site/artic/20070115/asocfile/resumenes_trabajos.pdf)
15. WHO. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: Report of a WHO study group. Technical report series No. 764, 1988.
16. Benguigui Y. Bases técnica para la Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las IRA en el primer nivel de atención. En: Benguigui Y, Francisco J, López Antuñano Gabriel, Schmunis João, Washington Y, OPS. Infecciones respiratorias en niños atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. EE.UU. Washington, D.C. Programa de enfermedades transmisibles división de prevención y control de enfermedades Organización panamericana de la salud, 1999. Sección IV: Capítulo 16 Págs.: 333-352.
17. Collier Leslie, Oxford John. Human Virology. Oxford University Press presented by the British Council. 1993 Chapter four: How viruses cause disease. Págs. 39-55.
18. Weissenbacher Mercedes y Ávila María. Los virus como causa de IRA alta y baja en niños: características generales y diagnóstico. En: Benguigui Y, Francisco J, López Antuñano Gabriel, Schmunis João, Washington Y, OPS. Infecciones respiratorias en niños atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. EE.UU Washington, D.C. Programa de enfermedades transmisibles división de prevención y control de enfermedades Organización panamericana de la salud, 1999. Sección II Págs.: 89-106.
19. Monick Martha et al Respiratory syncytial virus infection results in activation of mitogen-activated protein kinase. The journal of immunology. 2001, vol 166, Nº.4 february 15 págs: 2681-87.
20. Dagan Ron. Nonpolio enteroviruses and the febrile young infant: epidemiologic, clinical an diagnostic aspects. The pediatric infectious disease journal. Vol. 15 Nº 1 january 1996 Págs.: 67-71
21. Reseñas Programa de control de infecciones respiratorias agudas en la Infancia Bol Of. Sund Panam 97(5) 1984.; 20
22. Ministerio de Salud Guías de práctica clínicas para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña. Enfermedades respiratorias. Dirección General de Salud de las personas. Perú Mayo 2006.
23. Jean R.; Rhinopharingites du nourrisson et du jeune enfant. La medicine infantile- 88 annee- Nº 6 Aout-septembre-octobre 1981.
24. Gern James et al Rhinovirus inhibits antigen-specific T cell proliferation through an intercellular adhesion molecule-1 dependent mechanism. The journal of infectious diseases 1996;174: 1143-50.
25. American Academy of Pediatrics. Adenovirus Infectious In: Red Book 1988. Report of the Comité on infectious Disease.
26. Warren A. Andiman et al Leucocyte associated viremia with adenovirus type 2 in an infant with lower respiratory tract disease. The New england Journal of medicine 1977 july 14 Vol 297 Nº 2.
27. Fenner F. The pathogenesis and frequency of viral infections of man. Pharmacol Ther. 1979;4(1):57-80

28. Collier L, op. cit., págs:111-123
29. Sterkers G. y. Aujard Inmunidad antiviral Arch Fr Pediatr 1991; 48:167-170
30. Guyton Arthur C. Tratado de Fisiología médica. 6ª. edición Madrid. Interamericana. 1983. Capítulo 39 Ventilación pulmonar. Págs. 567-584
31. Junod Alain. Les fonctions non respiratoires du poumon. La Recherche N° 95 decembre 1978, Vol 9 page 1073-1081
32. Widdicombe J G. Control of secretion of tracheobronquial mucus. British medical bulletin 1978 Vol 34 number 1 january : 57-61
33. Lopez-Vidriero M. Bronchial Mucus in Health and disease. British medical bulletin 1978 Vol 34 number 1 january :63-74
34. Cujíño Martha Lucía, Muñoz Lorena Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención, desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda, no neumonía, en menores de cinco años. Manizales, 1999 Universidad Católica de Manizales. Caldas. colombia médica 2001; 32: 41-48
35. Bollag U, Albrecht E Wingert W Medicated versus saline nose drops in the management of upper respiratory infection Helv Paediatr Acta. 1984 Oct; 39(4):341-5.
36. Bollag U, Why not saline nose drops? Helv Paediatr Acta. 1978 jun; 33(2):91-4. Links
37. Clark M Fever: pathological or physiological, injurious or beneficial? Journal of Thermal Biology Volume 28, Issue 1, January 2003, Pages 1-13
38. Thompson H. Fever: a concept analysis J Adv Nurs. 2005 September ; 51(5): 484-492
39. Hirschhorn Norbert and Greenough. Progress in oral rehydration therapy. Scientific American may 1991 Volumen 264 number 5: 50-56.
40. Finberg Laurence. The role electrolyte-glucose solutions in hydration for children-international and domestic aspects. The journal of pediatrics Vol. 96, N° 1:51-54.
41. Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú. Ministerio de salud, Universidad Norbert Wiener. Organización Panamericana de la salud. Cuadernos de Promoción de la salud. 2005, N° 17:1-82
42. Mohs Edgar. Infecciones respiratorias agudas en los niños. Bol Of Sund Panam 1986 101 (4):401-404.
43. Padrón J. Elementos para el análisis de la investigación educativa Revista de Educación Ciencias del Hombre, 1994, Año II, N° 3.
44. Badilla Leda. Fundamentos del paradigma cualitativo en la investigación educativa. 2006 Revista de Ciencias del ejercicio y la Salud, Vol. 4 N°1
45. Penalva Buitrago José El conocimiento empírico en la investigación acción: análisis de los aspectos epistemológicos. Revista Complutense de Educación Vol.17 num. 2 (2006) 105-118
46. Suárez Pasos Mercedes. Algunas reflexiones obre la investigación acción colaboradora en la educación Revista electrónica de enseñanza de las ciencias Vol. 1 N° 1 40-56, 2002
47. Ferrance Eileen .Action Research. Northeast and Islands regional educational laboratory at Brown University 2000 Págs:7-8.
48. Castillo Jorge L. Investigación ó Acción [www.monografias.com/.../investigación-acción/investigación-accion.shtml](http://www.monografias.com/.../investigación-acción/investigación-accion.shtml)
49. Vidal Letio María, Rivera Michelena Natasha. Investigación Acción Educ. Med Sup 2007; 21 (4)

50. Kember David y Gow Lyn . Action research as a form of staff development in Higher education. Higher education. 1992, Vol 23, N° 3: 297-310.
51. Dieguez A Metodologías didácticas Lewin Kurt Investigación acción <http://www.mailxmail.com/curso-metodologias-didacticas/investigacion-accion-kurt-lewin-1890-1947>
52. Lovanovich M. Distintas concepciones epistemológicas entorno a la Investigación educativa. UNLP-Argentina 2005. [www.crefal.edu.mx/biblioteca\\_digital/temas...epja/.../Adultos\\_21.pdf](http://www.crefal.edu.mx/biblioteca_digital/temas...epja/.../Adultos_21.pdf)
53. García de medina M. Paradigma contemporáneo en investigación educativa. IV Jornadas de Investigación del Núcleo de Barquisimeto. [www.pensamientocomplejo.com.ar/.../Meralda%20Garcia%20de%20Medina,%20Investigacion%20-%20Complejidad.doc](http://www.pensamientocomplejo.com.ar/.../Meralda%20Garcia%20de%20Medina,%20Investigacion%20-%20Complejidad.doc)
54. Sirvent María Teresa. Problemática actual de la Investigación educativa. [www.infanciaenred.org.ar/margarita/etapa2/PDF/013.pdf](http://www.infanciaenred.org.ar/margarita/etapa2/PDF/013.pdf) agosto 2005
55. Loginow Norka. [www.monografias.com](http://www.monografias.com) 1 Investigación Acción
56. Pérez G. Fundamentos que deben regir la formación investigativa de los maestros <http://www.monografias.com/trabajos28/formación-investigativa-maestro>
57. Bausela E. La docencia a través de la investigación acción. Revista iberoamericana de educación ISSN. 1681-5653
58. Pereda C., De Prada M., Actis Walter. Investigación Acción Participativa: Propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía. 2003. [www.fundeim.org/paginas/files/File/IAPespania.pdf](http://www.fundeim.org/paginas/files/File/IAPespania.pdf)
59. Fals O. Orígenes universales y retos actuales de la IAP (investigación acción participativa. Peripecias N° 110-20 de agosto de 2008
60. Casanovas Miquel Paulo Freire y la Educación radical. Revolta Global N° 39 noviembre 2007
61. Bronislaw Malinowski [lastrobiand.blogspot.com/.../investigacin-accin.htm](http://lastrobiand.blogspot.com/.../investigacin-accin.htm)
62. Montenegro Marisela. Conocimientos agentes y articulaciones. Una mirada situada a la intervención social. Atenea digital N° 0 Abril 2001
63. Escobar Miguel Ángel, Monistrol Olga. La Educación para la Salud en el marco de la promoción de la salud. Nociones Ligadas al empowerment. En: la Educación para la Salud en Extremadura, Perspectivas de futuro y Memoria de las II Jornadas Extremeñas de Educación para la Salud. Mérida Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Noviembre 2004. Págs.: 35-48.
64. Espinoza José, Martínez Manuel. Salud Comunitaria. 1ª ed. Managua Acción Médica Cristiana Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud julio 2002 563 p
65. Beldarraín Chaple Enrique. Henry E. Sigerist y la medicina social occidental Rev. Cubana Salud Pública 2002;28(1):62-70
66. Ministerio de Salud. Perú. Lineamientos de política de promoción de la salud. Consejo Nacional de salud. Comité nacional de promoción de la salud 2005
67. Werner d. 1984. Aprendiendo a promover la salud. CEE. Fundación Hasperian. Palo Alto. California, EE.UU. pp. 3-32.
68. Rodríguez A. Hacia una fundamentación epistemológica de la pedagogía social. Educación y educadores 2000, Vol. 9, N°2 Págs. 131-147
69. Alonso Amparo. Lenguaje no verbal y límite Boletín Soc.Psicol. Urug. En Línea. N. 46 Montevideo maio 2008

70. Ausubel, D.P. (1976): Psicología Educativa. Un punto de vista cognitivo. Trillas, México. Págs.: 75-76.
71. Herrera F. Fundamentos epistemológicos de la psicología de la instrucción. [www.ugr.es/~fherrera/FEPI.doc](http://www.ugr.es/~fherrera/FEPI.doc)
72. Rico P. Teorías Pedagógicas <http://www.monografías.com/trabajos35/teorias-pedagogicas>
73. Ausubel D P Aprendizaje significativo. <http://www.monografías.com/trabajos35/teorias-pedagogicas>
74. Van de Velde Herman. Cambio de actitud y aprendizaje significativo. Centro de investigación, capacitación y acción pedagógica 2007 [www.cicapnic.org/.../13%20-%20Cambios%20de%20actitudes%20y%20aprendizajes%20signifi...](http://www.cicapnic.org/.../13%20-%20Cambios%20de%20actitudes%20y%20aprendizajes%20signifi...) ó
75. Alegre J. Sentido y significatividad del aprendizaje. 2002 Maestro Infantil Principios de intervención educativa e infantil. Intereduc.
76. Rivera J. El aprendizaje Significativo y la evaluación de los aprendizajes. Revista de investigación educativa año 8 N ° 14 2004.
77. Ministerio de educación-GRADE. Santiago Cueto, Fernando Andrade, Juan León. Las actitudes de los estudiantes peruanos hacia la lectura, la escritura, la matemática y las lenguas indígenas. Documento de trabajo 44. Junio 2003.
78. Bautista J. Actitudes y valores: precisiones conceptuales para el trabajo didáctico. XXI: Revista de Educación. Núm. 3. 2001. Pág. 189-196
79. Lancheros L. et al Conceptos básicos a cerca de las pruebas de actitud. Avances en medición 5, 163-167. 2007
80. Barón Robert 2005 Psicología Social. Actitudes evaluar el mundo social. Págs. 121-140  
[www.tesisenxarxa.net/TESIS\\_URV/AVAILABLE/.../02CapituloParteII.pdf](http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_URV/AVAILABLE/.../02CapituloParteII.pdf)  
[www.librospdf.net/Actitudes/1/](http://www.librospdf.net/Actitudes/1/) - España [www.librospdf.net/Actitudes/1/](http://www.librospdf.net/Actitudes/1/) - España
81. Coll César, Pozo Juan Ignacio, Sarabia Bernabé, Valls Enric. Los Contenidos en la Reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes. Aula XXI Santillana 1992.
82. Muñoz Ana. Comunicación no verbal [www.cepvi.com/articulos/gestos1.htm](http://www.cepvi.com/articulos/gestos1.htm)
83. Comunicación no verbal: perspectivas básicas [www.geocities.com/Athens/Column/2150/page27.html](http://www.geocities.com/Athens/Column/2150/page27.html)
84. Comunicación no verbal [www.estudiosimbiosis.com.ar/comunicación/no-verbal.html](http://www.estudiosimbiosis.com.ar/comunicación/no-verbal.html) - 21k
85. Kotsoni E. et al Categorical perception of facial expressions by 7 month old infants. Perception 2001; 30 (9): 1115-25
86. Andrews Walter AS. Emotion and social development: infants' recognition of emotions in others. Pediatrics 1998 Nov; 102(5 Suppl E): 1268-71
87. Montague DP et al Peekaboo: a new look at infants' perception of emotion expressions. Dev Psychol 2001 Nov; 37 (6): 826-38
88. Meltzoff A.N et al Newborn Infants imitate adults facial gesture. Child Dev, 54, 702, 1983
89. Rizzolatti G. et al Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation action. Nature Review Neuroscience, 2, 661, 2001
90. Jabbi M, Keysers C. Inferior frontal Gyrus Activity Triggers anterior Insula response to Emotional facial expressions. Emotion 2008, Vol. 8, N°6, 775-780
91. Coisne S. Comment l'empathie vient aux enfants. La recherche juillet-août 2005, N° 388, pags 34-37



92. Simmer M.L Newborn! Response to the cry of another infant. *Developmental Psychology*, 5, 136, 1971
93. Martin G. B. et Clark R.D. Distress crying in neonates: Species and peer specificity *Developmental Psychology*, 18,3, 1987
94. Cholz M. 1995 La expresión de las emociones en la obra de Darwin. En Tortosa F., Civera C. y Catalayud C.: *Prácticas de Historia de la Psicología*. Valencia: Promolibro
95. Ekman Paul. L! expresión des emotions. *La Recherche* N° 117 Decembre 1980
96. Izard C.E Basic emotions, relations among emotions and emotion-cognition relations. *Psychological review*, 99, 561-565
97. Loeches A. et al Neuropsicología de la percepción y la expresión facial de emociones: Estudios con niños y primates no humanos. *Anales de psicología* 2004, Vol. 20, nº 2(diciembre), 241-259
98. Forcada G- et al Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 2006, Jul; 118 (1): e 107-114
99. Papusek M. Regulatory disorders in early childhood. Family physiian counseling for cryng, sleeping and feeding disorders. *MMW Fortschr Med* 2005 Mar 24; 147 (12): 32-436,38.
100. Leavitt LA. Mothers! Sensivity to infants signals. *Pediatrics* 1998 Nov; 102 (5 Suppl E): 1247-9.
101. Izard CE et al Emotional determinants of mother-infant attachment *Child Development* 1991, 62, 906-917
102. Belsky J. Socio-contextual determinants of parenting. *Enciclopedia on early childhood development*. Published on line october 5 2005; Belsky J. The determinants of parenting: a process model. *Child Dev* 1984, Feb 55(1) 83-96
103. Touraine Alain Un nuevo Paradigma para comprender el mundo de hoy. Reseña de Bernabé Sarabia. en *El Cultural Domingo* 21 de mayo 2006 ediciones simbióticas
104. Ibáñez Jesús Sobre la Metodología Cualitativa *Rev. Esp. Salud Publica* Vol.76 no.5 Madrid Oct.2002
105. Santana Lourdes Denis y Gutiérrez Borobia Lidia. La etnografía en la visión cualitativa de la educación <http://www.monografías.com.trabajos7/etno>
106. Laplantine, f. *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires Ediciones del sol 1999
107. Con la Salud sí se juega. Manual para talleres de capacitación. Asociación Kallpa. Primera edición 2003
108. Domenech Miquel. La construcción social de la violencia. *Athenea digital*. num. 2 otoño 2002
109. Sierra Juan Carlos, Ortega Virgilio, Zubeidat Ihab. Ansiedad, angustia, stress: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal- estar e subjetividade/Fortaleza/v. III/ N° 1/ Pág. 10-59/mar 2003*
110. Charaly María Dolores. Resultados de estudios etnográficos en relación al control de las IRAS en Bolivia 1989. OPS/OMS
111. Arango Magnolia. Control de las IRAS en niños de 2 meses a 5 años. <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/aiepi1-4-18.pdf>
112. Puffer RR, Serrano CV. Características de la mortalidad en la niñez. En: Organización Panamericana de la Salud, comp... Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1973

113. Benguigui, Yehuda. Perspectivas en el control de enfermedades en los niños: atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. *Rev. bras. saude matern. infant*;1(1):7-19, jan.-abr. 2001
114. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Infecciones respiratorias agudas en los niños. 1985 Publicación científica N° 493, 123 p.
115. McIntosh K, Halonen P, Ruuskanen O. Report of Workshops on respiratory viral infections: epidemiology, diagnosis, treatment and prevention. *Clin Infect Dis* 1993; 16: 151-64
116. Selwyn B. The epidemiology of acute respiratory tract infection in young children: Comparison of findings from several developing countries. *Clin. Infect Dis* 1990; 12: 870-888.
117. OMS Estrategia mundial de la OMS para contener la resistencia a los antimicrobianos WHO/CDS/CSR/ 2001.2
118. Giuscafré et al From research to public healths interventions. *Archives of medical research* 1995; 26: s31-s 39
119. Bojalil R, et al : A clinical training unit for diarrhea and acute respiratory infection. An intervention for primary care physicians in Mexico. *Bull WHO* 1999; 77 (11) : 936-945
120. Perez- Cuevas R et al: The primary care clinic as a setting for continuing medical education: Program description. *CMAJ* 2000; 163: 1295
121. Reyes H et al: Efectividad de una intervención educativa basada en el análisis crítico de la Práctica clínica, para la atención apropiada en medicina familiar. Las múltiples facetas de la Investigación en salud. Editores: García Peña M, Reyes H, Viniegra L. IMSS 2001: 371-390.
122. Martínez Medina Miguel Ángel, Villanueva Villanueva Cornelio, Sánchez Márquez Juana, Conocimientos sobre infección respiratoria aguda en madres de niños menores de 5 años. *Bol Clin Hosp. Infant Edo Son* 2002 19:64-69
123. Peraza Roque Georgina, Mendoza Torres Tamara, González Cárdenas Lilia, Calzadilla Matos Mario, Mellina González Eduardo, Díaz Pérez Omar. Conocimientos de las madres sobre la fiebre en un área de salud. Julián Grimaú. modalidad: Póster.
124. León M., Páez D., Díaz B. Representaciones de la enfermedad Estudios psicosociales y antropológicos. *Boletín de psicología* N° 77, Marzo 2003, 39-70
125. Avendaño L, Céspedes A, Stecher y col. Influencia de virus respiratorios, frío y contaminación aérea en la infección respiratoria aguda baja del lactante. *Rev Med Chile* 1999; Vol 127 N° 9.
126. Caplan C. The big chill: diseases exacerbated by exposure to cold. *JAMC* 1999; 160(1):88.
127. T. Kullmann , T. Kullmann , I. Barta B. Antus ,M. Valyon y I. Horváth . La temperatura ambiental y humedad relativa influyen en aire espirado condensado pH ERJ 01 de febrero 2008 Vol. 31 no. 31 no. 2 474-475;
128. Danielides Vasilis, -Sophia Nousia Christina , Patrikakos George, Arístides Bartzokas , Christos J. Iolis , J. Haralampos Milionis y Skevas Antonios Efecto de los parámetros meteorológicos en la laringitis aguda en adultos *Acta Otolaryngologica* 2002, Vol. 2002, Vol. 122, No. 6 , Págs.: 655-660
129. Healy JD. El exceso de mortalidad invernal en Europa: un análisis de esquí de la identificación de factores de riesgo más importantes *J Epidemiol Community Salud* 2003; 57 : 784-789
130. Institut de Veille Sanitaire Frío et Santé Eléments de synthèse bibliographique et perspectives Mise en ligne le 9 avril 2004 Departamento environnement santé

131. Romero C, Vaca M. Bernal d. Creencias sobre infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años: estudio etnográfico en dos comunidades indígenas del Estado de Oaxaca. Rev. Inst. enf. resp. mex. Vol. 12 N° 4 octubre-diciembre 1999 Págs.: 250-261
132. Interculturalidad en salud Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud Secretaria de salud Estados Unidos de México [www.salud.gob.mx/.../Libro%20Interculturalidad%20en%20Salud%2020.pdf](http://www.salud.gob.mx/.../Libro%20Interculturalidad%20en%20Salud%2020.pdf)
133. McCaig LF, Besser RE, Hughes JM. Trends in antimicrobial prescribing rates for children and adolescents. JAMA. 2002 Jun 19;287(23):3096-102
134. Bavestrello L, Cabello A, Casanova D. Impacto de medidas regulatorias en la tendencia de consumo comunitario de antibióticos en Chile. Rev. Méd. Chile 2002; 130: 1265-72
135. Álvarez A. Practica complementaria en salud y recuperación del conocimiento tradicional Mapuche. [www.rimisp.org/getdoc.php?docid=6527](http://www.rimisp.org/getdoc.php?docid=6527) ó Chile. Interculturalidad en salud y desarrollo de comunidades Mapuche: Estudio de caso en Makewe Pelale. Tesis para optar el grado de Magister en Gestión en Desarrollo Rural y agricultura sustentable. 2005. Universidad Católica de Temuco Chile
136. Tapia I., Royder R., Cruz T. ¿Mentisan, paracetamol o Wira wira? Jóvenes, salud e interculturalidad en los barrios mineros de Potosí. La Paz 2006. [www.mdm-scd.org/media/01/02/56879434.pdf](http://www.mdm-scd.org/media/01/02/56879434.pdf)
137. Escobar A. Aportes y limitaciones de la medicina alternativa en el curriculum de estudios del nivel primario en poblaciones marginales del municipio de Malacatan, departamento de San Marcos Guatemala, Tesis, para graduación de Licenciado en Pedagogía y Ciencias de la Educación. Agosto del 2,000 Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de humanidades. Departamento de pedagogía y ciencias de la educación
138. León C. Estudio de la extracción y determinación de la composición química del aceite esencial de paico *Chenopodium ambrosioides* Ciencia y tecnología Vol. 12 N° 1 Enero junio 2009 Universidad Nacional del Callao Vicerrectorado. Editorial universitaria
139. Morales, J.F., Reboloso, E. y Moya, M. (1994). Actitudes, en Morales, J.F., Moya, M. Reboloso, E. Fernández, J.M., Huici, C., Marqués, J., Páez, D. y Pérez, J.A. Psicología social, pp. 495-566. Madrid: Mcgraw-Hill.
140. Ahumada P. Hacia una evaluación de los aprendizajes en un perspectiva constructivista. Revista enfoques educacionales 1998 Vol. 1. N° 2 Págs.: 1-16. Universidad de Chile.
141. Alfonso I. Elementos conceptuales básicos del proceso enseñanza ó aprendizaje [http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11\\_6\\_03/aci17603.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11_6_03/aci17603.htm)
142. Mago Heid. Uso racional de antimicrobianos. Red de sociedades científicas medicas de Venezuela. Comisión de epidemiología. Noticias epidemiológicas N° 28. 23 febrero del 2011.
143. Guzmán- Marcelino Manejo de infección respiratoria aguda en el Hospital Robert Reid Cabral. Archivos dominicanos de Pediatría Vol. 30 N° 1 Enero ó Abril 1994
144. Robaina G. Morbilidad y manejo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Rev. Cubana Pediatr 2003; 75 (3):
145. Rodríguez A. La evaluación de los cambios actitudinales mediante técnicas psicosociales. Revista latinoamericana de psicología, 1971 año/Vol. 3, numero 001 Págs.: 73-90.

# **IX. ANEXOS**

## ANEXO 1

### FICHA DE OBSERVACIÓN DE CARACTERÍSTICAS ACTITUDINALES DE LAS MADRES

FECHA HORA	RELATO/OBSERVACIÓN	SIGNIFICADO	CATEGORÍA
	Ingreso de la madre a la consulta pediátrica con investigadora		
	Tono de voz al responder preguntas de la investigadora		
	Si responde a lo que se le pregunta y cómo responde		
	Como carga a su bebe, cómo lo trata y como habla con él.		
	Posición del cuerpo		
	Comportamiento estándar		

**ANEXO 2****Tabla 1. CARACTERISTICAS ACTITUDINALES DE LAS MADRES A TRAVES DEL LENGUAJE NO VERBAL**

<b>NOMBRE DE LA MADRE</b>	<b>NOMBRE DEL NIÑO</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>NUMERO DE HISTORIA CLINICA</b>	<b>CARACTERISTICA ACITUDINAL</b>	<b>OBSERVACION</b>
1. <b>KARINA</b>	ARIANA	3/10/08	131792	ASERTIVA	Ingreso directo, voz moderada, establece contacto visual, posición recta del cuerpo, empatia con su bebe.
2. <b>MARIA</b>	FATIMA	15/10/08	974	ANSIEDAD	Serena, voz moderada, posición recta, pero expresa temor al momento de realizarle la higiene a su niña y le da leche artificial porque "no se llena" ya que llora mucho.
3. <b>NERY</b>	NATANHIEL	9/10/08	955	ANSIEDAD	Está a la expectativa, expresa varias preocupaciones.
4. <b>VIVIANA</b>	LEONARDO	09/11/09	1020	ANSIEDAD	Ingreso directo, voz moderada, expresa múltiples preocupaciones, no presta atención a indicaciones, carga a su bebe de manera intranquila, usa lactancia mixta.
5. <b>ANELISA</b>	ALESANDRA	16/10/08	132434	ASERTIVA	Ingreso directo, voz moderada, posición recta del cuerpo, carga su bebe suavemente.
6. <b>CARMEN</b>	ADALIT	20/10/08	132289	TEMOR	voz levemente temblorosa

<b>NOMBRE DE LA MADRE</b>	<b>NOMBRE DEL NIÑO</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>NUMERO DE HISTORIA CLINICA</b>	<b>CARACTERISTICA ACITUDINAL</b>	<b>OBSERVACION</b>
7. <b>LESLY</b>	ALEXANDRA	24/10/08	985	TEMOR/ANSIEDAD	Está a la expectativa, voz baja a moderada, mantiene mirada.
8. <b>ROSARIO</b>	PIERO	4/11/08	1026	TEMOR/ANSIEDAD	Voz leve a moderada, habla temerosa, tiene varias preocupaciones "gases", pujo, posición del cuerpo encorvada, usa lactancia mixta.
9. <b>MARLENE</b>	JAZMIN	7/11/08	987	ANSIEDAD	A la expectativa, mueve al niño sin que llore.
10. <b>LORENA</b>	ADALI	07/11/08	1025	ANSIEDAD	voz acelerada, expresa múltiples preocupaciones
11. <b>SUSANA</b>	SHANTALL	08/11/08	993	TEMOR/ANSIEDAD	habla temblorosa, expresa varias preocupaciones, habla durante todo el examen
12. <b>NELLY</b>	JOSHUA	08/11/08	1057	TEMOR/ANSIEDAD	voz moderada, posición encorvada del cuerpo, habla de múltiples preocupaciones ronquido de pecho, "suena la nariz", posición encorvada,

<b>NOMBRE DE LA MADRE NOMBRE DE LA MADRE</b>	<b>NOMBRE DEL NIÑO NOMBRE DEL NIÑO</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>NUMERO DE HISTORIA CLINICA</b>	<b>CARACTERISTICA ACITUDINAL CARACTERISTICA ACITUDINAL</b>	<b>OBSERVACION</b>
13. <b>JULIANA</b>	GARY	9/11/08	1002	AGRESIVIDAD/ANSIEDAD	contacto visual fijo, bebe bien sujeto contra su pecho, luego expresa preocupaciones por hipo, sonidos abdominales
14. <b>LIVIA</b>	ROSMERY	10/11/08	1045	TIMIDEZ / ANSIEDAD	demora en ingresar, voz baja, evade contacto visual, mueve por momentos al bebe sin motivo
15. <b>CARMEN</b>	MICAELA	12/11/08	1011	ANSIEDAD	Pregunta si puede entrar, responde a lo que se le pregunta pero algo nerviosa+, expresa múltiples preocupaciones congestión nariz, ombligo
16. <b>JESSICA</b>	SANTIAGO	12/11/08	133868	DESCONFIANZA	está a la expectativa entre preguntas durante la consulta
17. <b>ROSA</b>	SANDRA	13/11/08	1039	TEMOR/ ANSIEDAD	hace múltiples preguntas, voz algo quejumbrosa



<b>NOMBRE DE LA MADRE</b>	<b>NOMBRE DEL NIÑO</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>NUMERO DE HISTORIA CLINICA</b>	<b>CARACTERISTICA ACITUDINAL</b>	<b>OBSERVACION</b>
18. <b>TANIA</b>	EMILY	19/11/08	1034	TEMOR	Expresa miedo por ombligo, voz leve a moderada
19. <b>MARITZA</b>	RIHANA	21/11/08		ASERTIVA	Ingreso directo, voz moderada, responde a lo que se le pregunta.
20. <b>GERARDA</b>	JESUS	22/11/08	1040	TIMIDEZ	Voz baja, habla quejumbrosa
21. <b>ROSALIA</b>	ANGEL	24/11/08	1079	TIMIDEZ/ ANSIEDAD	ingresa directo, voz baja, mueve constantemente a su niño sin razón aparente
22. <b>KARIN</b>	LEONARDO	30/11/08	1070	ANSIEDAD	voz moderada, pregunta varias cosas, interrumpe durante consulta
23. <b>ROSA</b>	JEAN CARLOS	04/12/08	1071	ANSIEDAD	voz moderada, pregunta varias cosas por pujo, deposiciones con cada cambio de pañal
24. <b>MAGALY</b>	DAYELLY	09/12/08	1061	TIMIDEZ	voz leve, evade contacto visual

### ANEXO 3

#### FICHA ETNOGRÁFICA

NUMERO FICHA	
NOMBRE DEL NIÑO	
NOMBRE DE LA MADRE	
	OBSERVACIONES
Asentamiento humano en el que viven	
Tiempo de desplazamiento hasta el Policlínico	
Las calles cercanas a la vivienda son de tierra o asfaltadas	
Material de la vivienda	
La vivienda tiene servicios de agua potable, desagüe	
Medios de transporte hacia el Policlínico	
Lugar de Procedencia de la familia	
Quienes viven con el niño	
Si el niño se enferma en casa a donde acuden ustedes?	
Qué sienten cuando el niño enferma?	
A quién más consultan?	
Donde calentarían agua?	
Dónde cocinarían?	
Tienen termómetro?	
Otras observaciones del entorno familiar	

## ANEXO 4

**Tabla 2. RESULTADOS DEL ESTUDIO ETNOGRAFICO EN MADRES DEL DISTRITO DE VENTANILLA**

CASOS	ACTITUD	ESTUDIO ETNOGRAFICO
<b>1. KARINA</b> mama de ARIANA	ASERTIVA	Vive en 12 de Diciembre, a 30 minutos del Policlínico (10 minutos en carro y 20 minutos en caminata sobre arena empinada). Son de Piura. Su casa es de madera sin servicios de agua y desagüe. Viven sólo los padres con el niño. Casa en asentamiento humano
<b>2. MARIA</b> mama de: FATIMA	ANSIEDAD	Vive en la urbanización Antonia Moreno de Caceres. A 5 minutos de Policlínico caminando. Casa de material noble. En urbanización. Con servicios de agua y desagüe. No se ubico a la familia hasta en cuatro oportunidades. NO COMPLETO ESTUDIO
<b>3. NERY</b> mama de: NATHANIEL	ANSIEDAD	Vive en Villamote, a 27 minutos del Policlínico (7 minutos en carro y 15-20 minutos en caminata sobre pista y tierra). Son de Huancayo y San Martín. Su casa es de madera, sin servicios de agua y desagüe. Viven padres y hermano con el niño. Casa en asentamiento humano
<b>4. LESLY</b> mama de ALEXANDRA	TEMOR	Vive en Antonia Moreno, a 10 minutos del Policlínico en caminata sobre pista. Son de Chimbote y Lima. Su casa es de material noble. Con servicios de agua y desagüe. Viven con padres, hermanos, tía y primo. En urbanización.
<b>5. MARLENE</b> mama de: JAZMIN	ANSIEDAD	Vive en Oasis, a 50 minutos del Policlínico (35 minutos en carro y 15 minutos en caminata sobre arena). Son de Apurímac. Su casa es de madera. Sin servicios de agua y desagüe. Viven padres y abuela con el niño. Casa en asentamiento humano, calles aledañas de arena y tierra, cerca al mar.
<b>6. CARMEN</b> mama de: ADALIT	TEMOR	Vive en Pachacutec sector E a 55 minutos del Policlínico (45 minutos en carro y 10 minutos en caminata sobre tierra). Son de San Martín y Callao. Su casa es de madera. Sin servicios de agua y desagüe. Viven padres y hermanos con el niño. Casa en asentamiento humano
<b>7. ANELISA</b> mama de: ALESANDRA	ASERTIVA	Vive en Pedro Cueva, a 15 minutos del Policlínico (10 minutos en combi y 5 minutos en caminata sobre pista). Son de Bellavista. Su casa es de material noble. Con servicios de agua y desagüe. Viven con padres, hermano y abuelos. En urbanización.
<b>8. JULIANA</b> mama de: GARY	AGRESIVIDAD ANSIEDAD	Vive en Satélite, a 25 MINUTOS (20 minutos en combi y 5 minutos en caminata sobre pista). Son de Ventanilla. Su casa es de material noble. Techo de eternit. Con servicios de agua y desagüe. Viven con padres y hermanos. En urbanización.
<b>9. CARMEN</b> mama de: MICAELA	TEMOR/ ANSIEDAD	Vive en Villa Los Reyes, a 30 minutos del policlínico, se debe tomar un micro y luego un auto que llega hasta la zona. Son de Lima, pero ha vivido siempre en Villa los Reyes Vive con padres y abuelos paternos. En urbanización. Su casa es de material noble. Con servicios de agua y desagüe.
<b>10. SUSANA</b> mama de: SHANTALL	ANSIEDAD	Vive en Angamos, a 10 minutos del Policlínico, con moto. Son de Lima, Pueblo Libre. Vivienda de material noble. Casa en asentamiento humano. Con servicios de agua y desagüe. Vive con padres, tía y primo
<b>11. MARITZA</b> mama de: RIHANA	ASERTIVA	Vive en Las Viñas, a 15 minutos del Policlínico, con micro y moto. Son de Chiclayo, casa material noble. Sin servicios de agua y desagüe. Casa en asentamiento humano. Vive con padres, tía y primo
<b>12. VIVIANA</b> mama de: LEONARDO	ANSIEDAD	Viven en Yoshiyama Pachacutec. Nos demoramos 43 minutos en ubicar la casa con micro y caminata. Calles son de tierra, no hay servicio de agua y desagüe. Vivienda de madera. Vive con papas y hermano. Son de la Libertad. Casa en asentamiento humano.

CASOS	ACTITUD	ESTUDIO ETNOGRAFICO
<b>13. LORENA</b> mama de: ADALI	ANSIEDAD	Vive en Defensores, a 10 minutos del Policlínico, con micro, moto y caminata. Son de Huacho. Vive con padres y hermano. Vivienda de material noble sin servivios de agua y desagüe. Calles alledañas de tierra. Casa en asentamiento humano
<b>14. TANIA</b> mama de: EMILY	TEMOR	Vive en Pachacutec, a 55 minutos del policlínico (en combi y luego caminata). Son de Huánuco. Vive con padres, hermanos, abuela, tía. Casa en asentamiento humano. Vivienda de madera sin servivios de agua y desagüe. Calles alledañas de tierra.
<b>15. ROSA</b> mama de: SANDRA	TEMOR ANSIEDAD	Vive en Defensores, a 10 minutos del policlínico en moto. Son de Lima. Vive con padres. Vivienda de material noble sin servivios de agua y desagüe. Calles alledañas de tierra. Casa en asentamiento humano
<b>16. GERARDA</b> mama de: JESUS	TIMIDEZ	Vive en Villa Los Reyes a 30 minutos del policlínico. Se deben tomar micro y luego 2 autos. Vive con padres y hermanos. Son de Huánuco, Nuevo Progreso Casa en asentamiento humano. Vivienda de madera sin servivios de agua y desagüe. Calles alledañas de tierra.
<b>17. ROSARIO</b> mama de: Piero	TEMOR ANSIEDAD	Vive en Lampa de Oro, a 20 minutos del Policlínico, con micro, moto y caminata. Vivindas son de material noble. No se ubico numeracion dada por mama. NO COMPLETO ESTUDIO
<b>18. NELLY</b> mama de: JOSHUA	TEMOR ANSIEDAD	Vive en Ventanilla Alta a 20 minutos del policlínico en micro. Son de Ventanilla. Vive con abuelos, mamá, tío. Casa en urbanización. Vivienda de material noble con servivios de agua y desagüe. Calles alledañas de pista.
<b>19. MAGALY</b> mama de: DAYELLY	TIMIDEZ	Vive en Angamos a 10 minutos del policlínico en moto. Vive con padres y hermanos. Son de pueblo Libre. Casa en asentamiento humano. Vivienda de material noble con servivios de agua y desagüe. Calles alledañas de tierra y pista.
<b>20. LIVIA:</b> mama de: ROSMERY	TIMIDEZ ANSIEDAD	Vive en Las Lomas de ventanilla a 27 minutos del policlínico, se debe tomar auto y micro. Vive con padres ,hermanos y hermano de parte de padre. Son de Apurímac, Chuquibambilla. Casa en asentamiento humano. Vivienda de madera sin servivios de agua y desagüe. Calles alledañas de tierra.
<b>21. KARIN</b> mama de: LEONARDO	ANSIEDAD	Vive en Angamos, a 20 minutos del Policlínico con moto y caminata en cerro. Nacieron en Pueblo Libre, pero vivieron en Piura. Vive con padres, hermano, tía, primo Casa en asentamiento humano. Vivienda de madera sin servivios de agua y desagüe. Calles alledañas de tierra.
<b>22. ROSA</b> mama de: Jean Carlos	ANSIEDAD	Viven en Pesquero, Pachacutec. A 30 minutos del policlinico con micro y caminata. Son de Piura Tambogrande. Vive con papas y hermana. Casa en asentamiento humano. Vivienda de madera sin servivios de agua y desagüe. Tienen un negocio comercial. Calles alledañas de tierra.
<b>23. JESSICA</b> mama de: SANTIAGO	DESCONFIANZA	Vive en Los Illicenciados a 5 minutos del Policlínico en moto. Vive con padres y hermano. Son de Lima. Casa en asentamiento humano. Vivienda de material noble con servicios de agua y desagüe. Calles alledañas de tierra.
<b>24. ROSALIA</b> mama de: ANGEL	TIMIDEZ ANSIEDAD	Viven En San Carlos Pachacutec. A 50 minutos del Policlínico, se debe tomar en micro y luego caminata. Son de Cajamarca, Cutervo. Vive con padres. Casa en asentamiento humano. Vivienda de madera sin servivios de agua y desagüe. Calles alledañas de tierra

**ANEXO 5****FICHA DE ESTUDIO ETNOLOGICO SOBRE INFECCIONES VIRALES.**

<b>NUMERO FICHA</b>		
<b>NOMBRE DEL NIÑO</b>		
<b>NOMBRE DE LA MADRE O RESPONSABLE</b>		
<b>CONOCIMIENTOS</b> SE LE MOSTRARÁ LA IMAGEN DE UN NIÑO CON SECRECIÓN NASAL Y SE LE PREGUNTARÁ: Qué enfermedad le parece a Usted que tiene este niño? Qué otras molestias se pueden agregar a la secreción nasal? Cómo cree que se enfermó? Quién se lo dijo?  Qué ha escuchado de las infecciones virales? Qué molestias dan? Cómo se producen? Quien se lo dijo? Cuántos días puede durar la fiebre en las infecciones virales? Cómo cree usted que se curan las infecciones virales? Cree usted que los antibióticos ayudan en las infecciones virales? Y en los resfríos?		

<p><b>TRATAMIENTO</b></p> <p>Cómo ayudaría a su niño si tuviera: secreciones nasales? tos? fiebre? diarrea?</p> <p>Si su niño tuviera todas estas molestias juntas Qué pensaría que tiene su niño? Qué siente cuando lo ve así? (Cómo cree qué usted se sentiría?) En qué más piensa cuando su hijo ha tenido estas molestias? Cuándo su niño ha tenido estas molestias que hizo? Si su niño tuviera todas estas molestias que haría? Intenta ayudarlo primero? O pide ayuda? A quién?</p>		
<p><b>RAZONES POR LAS QUE CONSULTA</b></p> <p>Cuándo pensaría en llevarlo a un centro médico? Qué esperaría del centro médico?</p>		
<p>STANDARD                      COMPORTAMENTAL</p> <p>OBSERVADO:</p> <p>Reflexión del investigador:</p>		

## ANEXO 6

**Tabla 3. RESULTADOS ETNOLOGICOS CONCEPTUALES DE LAS INFECCIONES VIRALES EN MADRES DEL DISTRITO DE VENTANILLA**

CARACTERISTICAS ACTITUDINALES	RECONOCE COMO	CONTAGIO	ESCUCHO DE INFECCION VIRAL	FIEBRE DURACION	USO DE ANTIBIOTICO
1. KARINA ASERTIVA	RESFRIO	INVIERNO, LA MAMA SE HA MOJADO, AL AMAMANTAR LE PASO	NO	2	SI
2. NERY ANSIEDAD	ALERGIA, GRIPE	POR SU MAMA, LA FAMILIA, SI SOLEA MUCHO	SI	5	SI
3. LESLY TEMOR	RESFRIO, GRIPE	CONTAGIO DE AMBIENTE, OTRO NIÑO ENFERMO	SI	3-4	SI
4. MARLENE ANSIEDAD	GRIPE	NO ESTABA BIEN CUIDADO, POR EL MEDIO AMBIENTE	NO	1 SEMANA	NO
5. CARMEN TEMOR	GRIPE	AMBIENTE FRIO, HUMEDAD	SI	2-3	SI
6. ANELISA ASERTIVA	BRONQUIOS	COSAS HELADAS EN ADULTOS, CAMINAR SIN	NO	2	SI
7. JULIANA AGRESIVIDAD/ANSIEDAD	FUERTE INFECCIONMAL DE GARGANTA	HUMEDAD, DESCUIDO DE LA MAMA: ESTAR DESABRIGADO, DARLE COSAS FRIAS, EN LA FAMILIA	SI	3 DIAS	SI
8. CARMEN TEMOR/ ANSIEDAD	GRIPE	DESCUIDO, DESABRIGADA, CALIENTE A FRIO	SI	1 SEMANA	SI

CARACTERISTICAS ACTITUDINALES	RECONOCE COMO	CONTAGIO	ESCUCHO DE INFECCION VIRAL	FIEBRE DURACION	USO DE ANTIBIOTICO
9. SUSANA ANSIEDAD	GRIPE	ALGUIEN LE CONTAGIO	NO	NO SABE	SI
10. MARITZA ASERTIVA	GRIPE RESFRIO	DESCUIDO (FALTA DE ABRIGO, MAMA TOMOALGO HELADO)	SI	NO SABE	SI
11. VIVIANA ANSIEDAD	GRIPE	CAMBIO DE CLIMA TOMO BEBIDAS HELADAS DESCUIDO LO BAÑO Y LO SACO	NO	NO SABE	NO
12. LORENA ANSIEDAD	RESFRIO	ALGUIEN LE CONTAGIO	SI	3 DIAS	NO
13TANIA TEMOR	RESFRIO	DESCUBIERTA, BAÑANDOLA	SI	NO SABE	SI
14. ROSA TEMOR	RESFRIO	DESCUIDO, DESABRIGADO	NO	NO SABE	NO
15. GERARDA TIMIDEZ.	RESFRIADO BRONQUIOS	FRIO, GRIPE MAL CURADA	NO	2-3 DIAS	SI
16. NELLY TEMOR/ANSIEDAD	GRIPE	CORRIENTES DE AIRE, DESCUBIERTO	NO	NO SABE	NO



CARACTERISTICAS ACTITUDINALES	RECONOCE COMO	CONTAGIO	ESCUCHO DE INFECCION VIRAL	FIEBRE DURACION	USO DE ANTIBIOTICO
17.MAGALY TIMIDEZ	GRIPE	SALIR AFUERA, DESABRIGADO	SI	3 DIAS	NO
18.LIVIA: TIMIDEZ/ANSIEDAD	RESFRIO	NO LE ABRIGARON, A LA HORA DE BAÑAR	NO	NO SABE	SI
19. KARIN ANSIEDAD	CONGESTION NASAL	DESABRIGO, INVIERNO, LAS COSAS FRIASDEFENSAS, BAJAS	NO	3-4DIAS	SI
20. ROSA ANSIEDAD	VIRUS	DESCUIDO	NO	NO SABE	SI
21. JESSICA DESCONFIANZA	GRIPE	CONTAGIO DE OTRA PERSONA	NO	2 DIAS	SI
22. ROSALIA TIMIDEZ/ANSIEDAD	GRIPE	DESCUIDO, EPIDEMIA	SI	NO SABE	SI

## ANEXO 7

**Tabla 4. MANEJO SINTOMATICO DE LAS INFECCIONES VIRALES EN EL HOGAR**

CASOS	ACTITUD	MANEJO DE SECRECION NASAL	MANEJO DE LA TOS	MANEJO DE LA FIEBRE	MANEJO DE LA DIARREA	CUANDO ACUDE A UN CENTRO DE SALUD?	QUE ESPERA AL LLEGAR AL CENTRO?
<b>1.KARINA</b> mama de ARIANA	ASERTIVA	NO SABE	FROTACIÓN VAPORUB EN PECHO Y PIES	PAÑOS AGUA FRÍA	NO SABE	SI PASA BASTANTE TIEMPO A VECES SE LES PASA SOLO	QUE LE SANEN A SU NIÑO
<b>2.MERY</b> mama de: NATHANIEL	ANSIEDAD	AGUA LIMÓN AJO CON LECHE MEDICAMENTOS	EUCALIPTO	ANTIBIÓTICO PARACETAMOL	TE CARGADO	SI LO AUTOMEDICA Y NO MEJORA	SOLUCIÓN RÁPIDA
<b>3. LESLY</b> mama de: ALEXANDRA	TEMOR	AGUA PARA EL BEBE LA MAMA TOMARÍA AGUA	LÍQUIDOS CALIENTES	PANOS AGUA TIBIA BUJI	PANETELA	SI EL PECHO LE RONCA Y NO LE HACE NADA EL SALBUTAMOL	LO ATIENDAN Y MEJORE
<b>4.MARLENE</b> mama de:JAZMIN	ANSIEDAD	GOTAS NAALES RECETADAS	NO	NO	MAZAMORRA DE PALTA	SI LO VE GRAVE O SI NO SABE	ATIENDAN RÁPIDO
<b>5. CARMEN</b> mama de: ADALIT	TEMOR	PANADOL CLORFENIRAMINA	KION AJO CEBOLLA CON MIEL	PARACETAMOL	PANETELA	SI NO BAJA LA FIEBRE, LLOROSO	ATIENDAN RÁPIDO
<b>6. ANELISA</b> mama de: ALESANDRA	ASERTIVA	MIEL DE ABEJA	AGUA LIMÓN AJO	PANOS HUMEDOS PARACETAMOL	DIETA LÍQUIDOS	SI LO NOTA DECAIDO, TRISTE	ATIENDAN RÁPIDO
<b>7.JULIANA</b> mama de:GARY	AGRESIVIDAD ANSIEDAD	MIEL DE ABEJA	DOLATOS	PARACETAMOL	PANETELA	FIEBRE ALTA	LO ATIENDAN, EN EL SEGURO SOLO DAN PANADOL
<b>8.CARMEN</b> mama de: MICAELA	TEMOR ANSIEDAD	VAPORIZACIÓN	AL BEBE NO SI ES GRANDE, EXPECTORANTE MIEL	TRAPITOS DE AGUA FRÍA	NO SABE AL GRANDE ARROZ CON ZANAHORIA	DE INMEDIATO	LO ATIENDAN , QUE LE EXPLIQUEN

<b>CASOS</b>	<b>ACTITUD</b>	<b>MANEJO DE SECRECION NASAL</b>	<b>MANEJO DE LA TOS</b>	<b>MANEJO DE LA FIEBRE</b>	<b>MANEJO DE LA DIARREA</b>	<b>CUANDO ACUDE A UN CENTRO DE SALUD?</b>	<b>QUE ESPERA AL LLEGAR AL CENTRO?</b>
<b>9 . SUSANA</b> mama de: SHANTALL	ANSIEDAD	FROTACION	AL HOSPITAL	PARACETAMOL	NO SABE	POR LA TOS	QUE LO CUREN
<b>10. MARITZA</b> mama de: RIHANA	ASERTIVA	PASTILLAS	HIERBAS MATICO EUCALIPTO	GOTAS, AL GRANDE AGUA FRÍA ORINA	PASTILLA	SI LO VE MAL	ATENCION RAPIDA
<b>11. VIVIANA</b> mama de: LEONARDO	ANSIEDAD	GOTAS, RHINO BB	MEDICINA	GOTAS, PARACETAMOL PAÑO AGUA TIBIA	PANETELA	SI RONCA	EFFECTIVO, RAPIDO
<b>12. LORENA</b> mama de: ADALI	ANSIEDAD	SUCCION	NO	PARACETAMOL BAÑO	SUERO	ESPERARIA	TRATEN
<b>13. TANIA</b> mama de: EMILY	TEMOR	NO	AGUA TIBIA	PARACETAMOL AL DOCTOR	AL GRANDE PANETELA	AHÍ MISMO	RECETEN ALGO, LO ALIVIEN
<b>14. ROSA</b> mama de: SANDRA	TEMOR	LIMPIAR	HOSPITAL	BAÑO	NO ADULTO PASTILLA	SI SIGUE CON MOCO	SE RECUPERE
<b>15. GERARDA</b> mama de: JESÚS	TIMIDEZ	FROTACION VICK BEBITO NO	MIEL DE ABEJA CEBOLLA AJO, MIEL	PARACETAMOL LIQUIDOS	SUERO CASERO	MOCO CON FIEBRE	LO ATIENDAN LE EXPLIQUEN

<b>CASOS</b>	<b>ACTITUD</b>	<b>MANEJO DE SECRECION NASAL</b>	<b>MANEJO DE LA TOS</b>	<b>MANEJO DE LA FIEBRE</b>	<b>MANEJO DE LA DIARREA</b>	<b>CUANDO ACUDE A UN CENTRO DE SALUD?</b>	<b>QUE ESPERA AL LLEGAR AL CENTRO?</b>
<b>16. NELLY</b> mama de: JOSHUA	TEMOR ANSIEDAD	LIMPIAR	AGUA	PARACETAMOL	PANETELA	SI NO PASA	LO REVISEN, DEN INDICACIONES
<b>17. MAGALY</b> mama de: DAYELLY	TIMIDEZ	NO	LIQUIDOS	PANOS DE AGUA TIBIA PARACETAMOL BAÑO	PANETELA	FIEBRE 2 A 3 DÍAS	TRATAMIENTO
<b>18. LIVIA:</b> mama de: ROSMERY	TIMIDEZ ANSIEDAD	REMEDIO	AGUA EUCALIPTO CEBOLLA AJO	PANOS AGUA TIBA PARACETAMOL	TUESTA AZÚCAR PAICO	TOS FUERTE	LO ATIENDAN
<b>19. KARIN</b> mama de: LEONARDO	ANSIEDAD	NO	JARABE AL MAYOR AL BEBE NO SABE	PAÑOS DE AGUA HERVIDA FRÍA	LO LLEVARÍA	AL BEBE LO LLEVARÍA DE INMEDIATO AL GRANDE ESPERARÍA SI SE AGITA	QUE LO ATIENDAN, DARLE TODOS LOS DETALLES
<b>20. ROSA</b> mama de: JEAN CARLOS	ANSIEDAD	GOTAS NARIZ	JARABE	GOTAS PAÑOS HÚMEDOS ORINA	NO	DE FRENTE A EMERGENCIA	ATIENDAN RÁPIDO
<b>21. JESSICA</b> mama de: SANTIAGO	DESCONFIANZA	LIMONADA MENTOL BEBE NO SABE	JARABE EXPECTORANTE	VINAGRE PARACETAMOL	LLEVARLO AL DOCTOR	AL PASAR 2 O 3 DÍAS	SOLUCIONEN
<b>22. ROSALIA</b> mama de: ANGEL	TIMIDEZ ANSIEDAD	SUERO FISIOLÓGICO VAPORIZACIÓN	NO	PAÑOS AGUA CALIENTE	NO	AGITACIÓN	LO CONTROLLEN

ANEXO 8

GUIA EDUCATIVA:

CONTROL DE LA  
INFECCIONES  
VIRALES NO  
COMPLICADAS EN EL  
HOGAR

## **INTRODUCCION**

La presente guía educativa pretende constituirse en un aporte para la práctica de la Promoción de la salud en el autocuidado de una de las enfermedades prevalentes de la infancia como son las Infecciones virales.

La sistematización de esta intervención educativa es el producto de una Investigación cualitativa tipo investigación acción realizada en la educación de madres para el manejo de las infecciones virales en el hogar.

La idea del estudio partió de la observación de las dificultades que experimentaban los padres que acudían con sus niños a la consulta externa o a la emergencia por síntomas tan frecuentes como las secreciones respiratorias y la fiebre. Continúo con el análisis de las dificultades en nuestros sistemas de servicios de salud del primer nivel de atención como son la congestión, el diferimiento en las consultas, la oportunidad de citas, el perfil de la demanda pediátrica, el uso inadecuado de antibióticos.

Siendo que en la mayoría de los casos el manejo de las infecciones virales requiere solo de medidas generales nos propusimos transferir estos conocimientos a las madres a través de una metodología participativa que contemplara los aspectos conceptuales, procedimentales y actitudinales con la finalidad de empoderarlas para el manejo adecuado en el hogar de las infecciones virales no complicadas.

Esta guía esta dividida en 3 sesiones:

Sesión 1 Contenido conceptual: Conocimientos sobre infecciones virales

Sesión 2 Contenido procedimental: Manejo en el hogar de las infecciones virales

Sesión 3 Contenido actitudinal: Motivos para acudir a consulta en las infecciones virales.

Fue muy importante conocer los conceptos previos y manera de reaccionar de las madres, el uso de materiales educativos con imágenes, conceptos claves, simples que les permite adquirir competencias como siguiendo un ñpasos a pasoñ. Considerar el aspecto de autoestima facilita el reconocimiento de sus propias características actitudinales y de los cambios necesarios para la acción.

Ponemos a disposición esta guía educativa para facilitadores en el trabajo de Educación en salud con el propósito de ser utilizada para el beneficio de otras madres que contribuirán al cuidado de nuestros niños.

Mónica Briceño Aliaga  
Médico Pediatra

## INDICE

### Sesión 1:

Contenido conceptual: Conocimientos sobre infecciones virales

Págs.: 99-106

### Sesión 2:

Contenido procedimental: Manejo en el hogar de las infecciones virales

Págs.: 107-111

### Sesión 3:

Contenido actitudinal: Motivos para acudir a consulta en las infecciones virales.

Págs.: 112-122

## **SESION 1**

### **CONTENIDO CONCEPTUAL: CONOCIMIENTOS SOBRE INFECCIONES VIRALES**

-El investigador se presentará explicando que al final del taller todos los participantes llegarán a un consenso de cómo brindar cuidados a sus niños durante una enfermedad respiratoria del más frecuente entre los niños.

-Se invitará a cada participante a presentarse con su nombre y lugar de procedencia.

#### **Animación:**

Se utilizará la siguiente metodología cada participante recibirá un letrero que contendrá una palabra que puede ser fiebre, tos, secreción nasal.

-Al ritmo de música se les pedirá que intercambien sus letreros con la persona que está a su derecha, que continúen circulando los letreros hasta que se detenga el sonido.

-Al detenerse el sonido cada participante lee el en voz alta el letrero con el que se quedó.

#### **Motivación:**

Cada participante nuevamente recibirá otros letreros con palabras claves del taller:

Infección viral, secreción nasal, tos, Fiebre, diarrea. Fiebre puede durar 3 días. Se cura en 1 semana. No se cura con antibióticos. Defensas del cuerpo. Suero Fisiológico. Medios Físicos. Panetela.

Luego cada uno dirá "Dicen que van a hablar de... y deberá mencionar el mensaje del letrero que le ha tocado."

#### **Apropiación**

En este momento mediante diálogo exposición se transmiten los conceptos básicos del tema como son:

Definición de infección viral

Manejo de las infecciones virales respiratorias en el hogar

Motivos para acudir a consulta médica en las infecciones virales con mayor respuesta a nivel respiratorio.

Se utiliza la **imagen de un niño pequeño** que presenta secreción nasal, momento que intenta sensibilizar a las madres como si estuvieran con sus propios niños y se pregunta les pregunta que otros síntomas o molestias puede tener el niño. A medida que van mencionando sus respuestas si coinciden con las ideas básicas se colocan las Tarjetas **con palabras claves** empleadas en el momento anterior como son: secreción nasal, tos, Fiebre, diarrea

Cuando se logra que identifiquen los síntomas claves se les explica que ese proceso o enfermedad se conoce como **Infección viral**.



Es muy importante que comprendan que la enfermedad es un proceso, en el que la Fiebre puede durar 3 días. Que no se cura con antibióticos y que por lo general dura 1 semana.

Luego de este primer momento donde hemos descrito las características de una infección viral les preguntamos como se han sentido cuando sus niños han tenido una enfermedad similar, si no expresan espontáneamente podemos dar ejemplos de las reacciones que vemos en la consulta. Este segundo momento ayuda a que las madres puedan expresar sus temores, preocupaciones así como conceptos previos. Los cuales servirán de base para proponerles que al final del taller todas aprenderán a como ayudar a sus niños en el hogar.

En un tercer momento ayudaremos a las madres a comprender el tratamiento explicándoles que consiste en medidas generales que pueden aplicarse en el hogar, porque el cuerpo crea sus propias defensas. Nuestro manejo en el hogar ayuda al organismo a controlar los síntomas. Es importante mostrar la tarjeta Defensas del cuerpo.

La imagen del niño con síntomas claves nos ayuda a explicar el tratamiento de cada síntoma, así al señalar la secreción nasal se coloca las tarjetas móviles limpieza de fosas nasales, Suero Fisiológico.

Para el síntoma tos la tarjeta Líquidos.

Para la fiebre las tarjetas medios físicos, paracetamol, antalgina, poniendo énfasis que la fiebre es un mecanismo de defensa, que cuando no es tolerado se controla en la mayoría de los casos con medios físicos y que estos pueden ser paños de agua tibia o baño con agua tibia. Si no se controla usar paracetamol, si no se controla usar antalgina vía oral. Aquí las tarjetas son fundamentales para dejar en claro que el tratamiento es secuencial.

Para el síntoma diarrea mostrar la tarjeta panetela.

El último momento consiste en identificar en que casos deben consultar por una infección viral

La comprensión de las ideas se facilita con el uso de los materiales educativos láminas, tarjetas e ideas transmitidas por las madres.

## **Transferencia**

Se les pedirá a los participantes que cuenten en una secuencia del 1 al 2 hasta terminar con todos los presentes. Al final se pedirá que todos los que tienen número 1 constituyan un grupo y todos los que tienen numeración 2 otro grupo.

Con ambos grupo se aplicara la metodología de resolución de casos para que apliquen los conceptos de la fase de apropiación.

Al grupo 1 se le encargó que Respondan a la pregunta del caso:

### **Caso**

Bebé de 2 meses que tiene secreción nasal, fiebre y tos.

Lacta bien, descansa sin problemas.

Cómo ayudar a este niño en el hogar?

Al grupo 2 se le encargó que Respondan a la pregunta del caso:

Caso

Bebé de 2 meses con secreción nasal, fiebre y tos; que no lacta bien, respira rápido, se le hunde la piel cerca del cuello y debajo de las costillas, no puede descansar.

Cómo ayudar a este niño en el hogar?

**Evaluación**

Se evalúa los contenidos educativos mediante un cuestionario, la metodología consiste en desplazar una pequeña pelota entre los participantes al ritmo de una música, cada vez que se detiene la música el participante con la pelota responde una de las preguntas, el procedimiento se repite hasta agotar el listado del cuestionario.

Cuestionario

Que molestias presenta un niño que tiene infección viral?

Cuántos días puede durar la fiebre?

Las infecciones virales se tratan con antibióticos?

Cuántos días puede durar la infección viral?

Cómo se controlan las secreciones respiratorias?

Cómo se controlan la tos?

Cómo se controlan la fiebre?

Cómo se controlan la diarrea?

Cuándo se debe acudir al médico en una infección viral?

- La sesión educativa tiene una duración aproximada de 1 hora.

-Al final del taller se entrega a cada participante un díptico sobre infecciones virales que resume la propuesta de los contenidos educativos (Anexo 6)

## **GUIA PARA EL FACILITADOR DE LOS CONTENIDOS EDUCATIVOS DEL TALLER MANEJO DE INFECCIONES VIRALES EN EL HOGAR**

Los objetivos educativos propuestos son:

1. Identificar los signos de infecciones virales con mayor respuesta a nivel respiratorio
2. Identificar el manejo en el hogar de las infecciones virales con mayor respuesta a nivel respiratorio
3. Reconocer los motivos de consulta médica en las infecciones virales con mayor respuesta a nivel respiratorio

### **1. Definición de infección viral con mayor respuesta a nivel respiratorio**

Es una infección producida por un microorganismo llamado VIRUS.

Se contagia de persona a persona a través de secreciones, tos, estornudos, manos.

Los niños pueden iniciar con SECRECIÓN NASAL, 1 ó 2 días después FIEBRE, TOS que se hace productiva que puede tener o no dificultad respiratoria. Además puede existir falta de apetito, malestar general, DIARREAS,

-Las infecciones virales NO SE CURAN CON ANTIBIÓTICOS.

-Por lo general la fiebre puede DURAR 3 DÍAS.

-El cuerpo creará sus propias defensas para eliminar al virus y curarse en aproximadamente UNA SEMANA.

### **1. Manejo de las infecciones virales respiratorias en el hogar**

El virus es combatido por las defensas del cuerpo las cuales se manifiestan a través de síntomas como son las secreciones nasales, tos, fiebre y a veces diarrea. Durante los 7 días que dura el proceso el manejo en el hogar consiste en ayudar con medidas generales tales como:

**2.1. Control de Secreciones nasales:** A través de la secreción nasal el virus es eliminado. El tratamiento consiste en facilitar esta salida mediante **limpieza de fosas nasales**. Cuando existe congestión nasal, ayudar mediante aplicación de suero fisiológico 2 gotas en cada fosa nasal.

El suero fisiológico puede prepararse con 2 onzas de agua tibia, agregar un cuarto de cucharita de sal.

**2.2 Control de la Tos:** la tos es un mecanismo de defensa el cual debe ser favorecido a través del **aumento en la ingesta de líquidos**, para la fluidificación y eliminación de secreciones respiratorias. La hidratación es el pilar fundamental para el manejo de las secreciones respiratorias, el agua constituye el mejor fluidificante, no siendo necesario el uso de medicamentos para la tos en la mayoría de los casos. Los remedios caseros simples y seguros pueden ayudar y contribuyen a reducir el reflejo la tos.

**2.3. Control de la Fiebre:** la fiebre es un mecanismo de defensa que permite contrarrestar los efectos del virus.

Cuando la fiebre no es adecuadamente tolerada por el paciente, puede disminuirse mediante:

- a) medios físicos que consisten en la aplicación de compresas de agua tibia en la frente-cabeza y lado derecho del abdomen.
- b) paracetamol el cual se administra vía oral dos gotas por cada kilo de peso corporal.
- c) Si lo anterior no logra disminuir la fiebre pueden aplicarse baños con agua tibia.
- d) Si lo anterior no logra disminuir la fiebre se administra antalgina 1 gota por cada kilo de peso corporal.
- e) Si lo anterior no logra disminuir la fiebre acudir a consulta.

**2.4. Control de la Diarrea:** Las infecciones virales pueden presentar vómito y /o diarrea. La diarrea es una respuesta inflamatoria producida por la viremia.

Cuando los líquidos no son repuestos adecuadamente provoca deshidratación.

La hidratación oral puede realizarse a través de **reposición con panetela de arroz** como una medida para evitar la deshidratación.

La panetela de arroz lo que hace es favorecer la apertura de los canales de cloro en los enterocitos y mejorar de esta manera la absorción de los iones que se encuentran en el lumen intestinal, por lo que no es necesario agregar sales a este preparado.

Los sueros de rehidratación oral con 90 mEq /l de la OMS tienen mayor cantidad de sales que las necesarias para las pérdidas producidas por el virus.

La panetela de arroz se prepara con 1 litro de agua, 3 cucharas de arroz y canela entera; hervir hasta cocinar el arroz, colar y ofrecer 1- 3 onzas de panetela por cada diarrea.

Es importante señalar que en los niños con diarrea se debe continuar con lactancia materna, alimentación normal en el mayor de 6 meses; ofrecer 5 porciones de alimentos en pequeñas cantidades. No es necesaria la dilución de la leche, ni la suspensión de algún tipo de alimento porque no se trata de un síndrome malabsortivo.

## CONCEPTOS CLAVES A NIVEL CONCEPTUAL EN LAS INFECCIONES VIRALES

INFECCION VIRAL

DURA 1 SEMANA

LA FIEBRE PUEDE DURAR 3 DIAS

EL CUERPO CREA SUS DEFENSAS

NO CURAN CON ANTIBIOTICOS

REQUIEREN CUIDADOS GENERALES

SECRECION  
NASAL

TOS

FIEBRE

DIARREA

TRIPTICO SOBRE INFECCIONES VIRALES



Cómo  
controlo  
la fiebre?

Si la temperatura en el termómetro marca fiebre primero calma,  
**si usted controla la fiebre no hay complicaciones.**

Para controlar la fiebre:

**1. MEDIOS FISICOS:**

PAÑOS DE AGUA TIBIA EN FRENTE,  
AXILAS Y LADO DERECHO DEL ABDOMEN

**2. PARACETAMOL**

HASTA LOS 11 KILOS.	2 GOTAS POR KILO DE PESO
12 KILOS	1 CUCHARITA
15 KILOS	1 ½ CUCHARITA
20 KILOS	2 CUCHARITAS
24 KILOS	1/2 TABLETA DE 500MG
30 KILOS	1 TABLETA 500MG

**3.- BAÑO CON AGUA TIBIA**

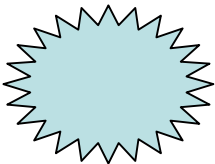
HASTA QUE CEDA LA FIEBRE.

**4. ANTALGINA** 1 GOTA POR KILO DE PESO, SI LO ANTERIOR NO CONTROLO LA FIEBRE .

**EL CUIDADO DE LA  
SALUD ES UNA  
RESPONSABILIDAD  
COMPARTIDA**



**EsSalud**  
**Pol. Hna. María Donrose**  
**Sutmöller**  
**Ventanilla**  
*Atención Integral del*  
*niño/adolescente*



*Infecciones virales*  
*Manejo de la fiebre en*  
*el hogar*

**LA FAMILIA PUEDE  
PARTICIPAR EN EL  
CUIDADO DE LA  
SALUD**

*Dra. Mónica Briceño Aliaga*  
**MEDICO PEDIATRA**

## ¿Qué es la Infección viral?

Es una infección producida por un microorganismo llamado VIRUS.

Se contagia de persona a persona a través de secreciones, tos, estornudos, manos.

## ¿Cómo es una infección viral?

Los niños pueden iniciar con SECRECIÓN NASAL.

- FIEBRE 1 ó 2 días después,
- TOS productiva,
- falta de apetito, malestar,
- DIARREAS,
- a veces LESIONES EN BOCA,
- a veces lesiones en piel llamado RASH.

La FIEBRE puede durar 3 días

## COMO SE TRATAN LAS INFECCIONES VIRALES?

EL VIRUS ES COMBATIDO POR LAS DEFENSAS DEL CUERPO

-NO SE CURAN CON ANTIBIOTICOS, NO TIENEN NINGUN EFECTO EN EL VIRUS

-EL USO INADECUADO DE ANTIBIOTICOS PUEDE TRAER COMPLICACIONES.



Como puedo ayudar a mi niño en el hogar?

-AUMENTAR LA INGESTA DE LIQUIDOS

-CONTINUAR CON LACTANCIA A LIBRE DEMANDA

- CONTINUAR CON ALIMENTACION EN POCAS CANTIDADES EN 4 ó 5 PORCIONES

-CONTROL DE TEMPERATURA CON TERMOMETRO Y REGISTRO

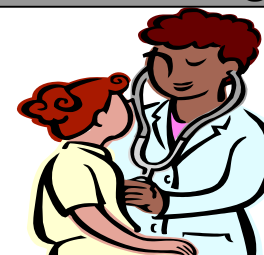
-DISMINUIR LA FIEBRE

-LIMPIEZA DE FOSAS NASALES

-SI PRESENTA DIARREA OFRECER PANETELA DE ARROZ

-REPOSO

La recuperación puede durar 1 semana



Quando debo acudir al médico?

-SI LA FIEBRE DURA MÁS DE 3 DÍAS

-SI MI NIÑO PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR

-SI LA TOS DURA MÁS DE 1 SEMANA

-SI MI NIÑO VOMITA TODO Y NO ACEPTA LÍQUIDOS.

## **SESION 2.**

### **Contenido procedimental: Manejo en el hogar de las infecciones virales**

Se entrega a cada madre una de las Tarjetas de casos para que nos explique y demuestre como es el manejo sintomático de las infecciones virales.

Debemos proporcionar materiales necesarios para el manejo procedimental paños, agua tibia, jarras, cucharitas, goteros.

El procedimiento de resolución de casos se repite por cada mamá hasta explicar cada uno de los síntomas secreción nasal, tos, fiebre, diarrea.

Es la oportunidad para que experimenten la simulación de enfrentarse a:

Preparación de panetela

Preparación de suero fisiológico

Aplicación de medios físicos

Practicar la limpieza de fosas nasales

Ofrecer medicación antipirética

Se procede a reforzar en aquellos puntos que están deficientes y entregar material educativo de preparación de suero fisiológico y panetela.

### **CONCEPTOS CLAVES A NIVEL PROCEDIMENTAL EN LAS INFECCIONES VIRALES**

Control de las secreciones nasales= LIMPIEZA FOSAS NASALES  
SUERO FISIOLOGICO

Control de la tos = LIQUIDOS TIBIOS

Control de de la fiebre = MEDIOS FISICOS  
PARACETAMOL  
BAÑO CON AGUA TIBIA  
ANTALGINA

Control de la diarrea = PANETELA

Reposo y continuar con alimentación de acuerdo a las necesidades de cada persona y según su tolerancia.



### **PREPARACION DE PANETELA**

PREPARAR 1 LITRO DE AGUA  
CON 3 CUCHARAS DE ARROZ  
1 CANELA

HERVIR HASTA QUE ARROZ ESTE COCIDO, COLAR.  
DAR EN PEQUEÑAS CANTIDADES  
CADA VEZ QUE TU NIÑO TENGA DIARREA PARA EVITAR LA  
DESHIDRATACION

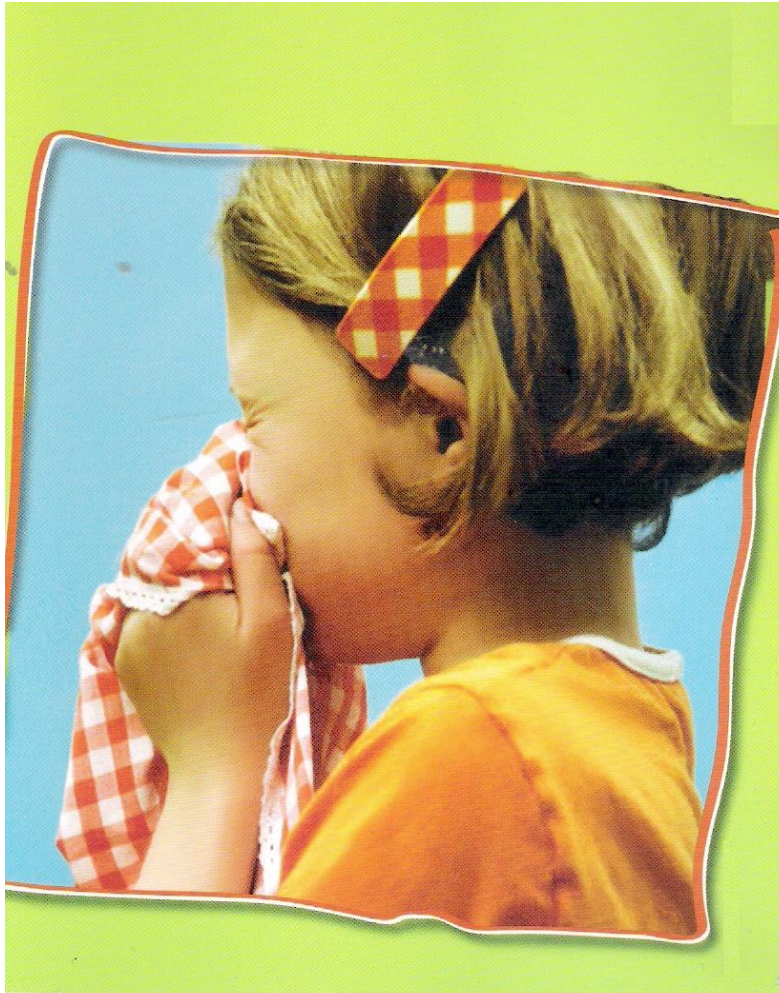
### **PREPARACION DE SUERO FISIOLOGICO**

2 ONZAS DE AGUA TIBIA  
¼ CUCHARITA DE SAL

MEZCLAR BIEN.  
APLICAR 2 GOTAS DE SUERO FISIOLOGICO EN CADA FOSA NASAL  
CADA VEZ QUE TU NIÑO TENGA CONGESTION QUE NO LE DEJE LACTAR O  
RESPIRAR BIEN.

## **CASO PARA MANEJO DE SECRECIONES RESPIRATORIAS**

ANA TIENEN SECRECION NASAL Y TOS



**¿COMO LE CONTROLA EN LA CASA  
SUS MOLESTIAS?**

## **CASO PARA MANEJO DE FIEBRE**

ALVARO TIENE FIEBRE DE 39.5 °C

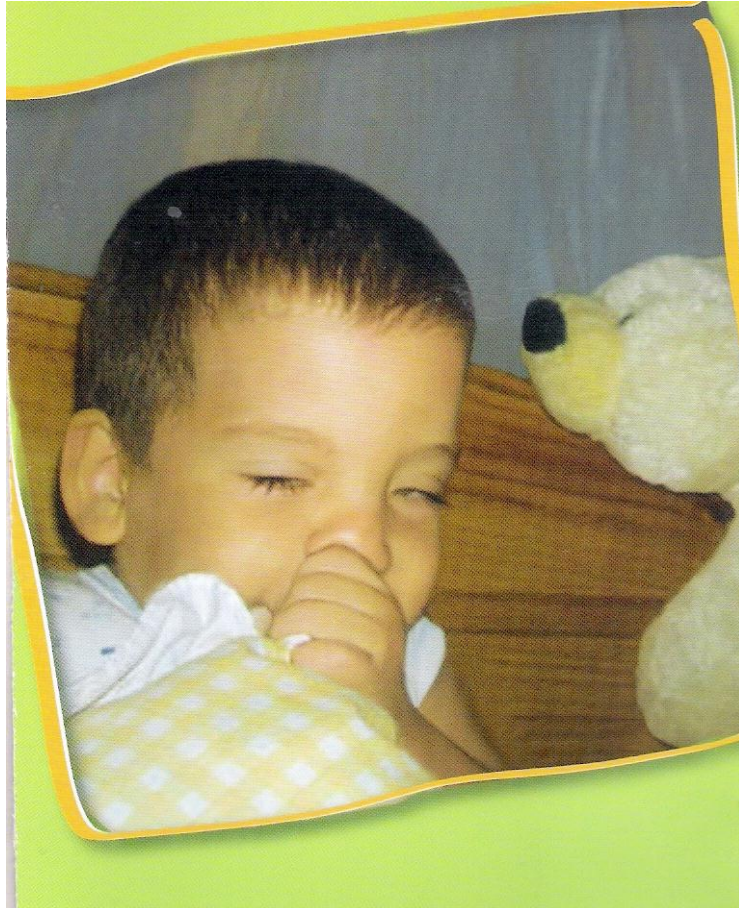


¿COMO LE CALMA LA FIEBRE?



# **CASO PARA MANEJO DE DIARREA**

JUAN TIENE DIARREA



**¿COMO LE CONTROLA LA DIARREA?**

## **Sesión 3**

### **Contenido actitudinal: Motivos para acudir a consulta en infecciones virales**

Durante la intervención las madres han desarrollado:

Competencias cognitivas (sesión 1)

Competencias procedimentales (sesión 2)

#### **OBJETIVO:**

Contribuir a que las madres reconozcan los motivos para acudir a consulta en las infecciones virales.

Competencias actitudinales:

-Aplica competencias cognitivas y procedimentales desarrolladas

-Reconoce características de su autoestima.

#### **HERRAMIENTAS**

-Asociación de síntomas con imágenes

-Resolución de caso en grupo

-Uso de rotafolio con actitudes de autoestima exploradas

-Dípticos

#### **MATERIALES**

-laminas con casos

-tarjetas móviles

#### **1. Primera parte: IDENTIFICAN MOTIVOS DE CONSULTA EN LAS INFECCIONES VIRALES**

Las madres se dividirán en grupos.

Cada grupo recibirá tarjetas con síntomas y figuras. Deberán asociar la imagen con la figura.

Luego recibirán 1 caso y tarjetas con alternativas de cuando acudir a consulta.

Pegarán en papelógrafos el caso, los síntomas y elegirán por qué motivo llevarán al niño a consulta.

De esta manera los grupos **reconocerán los 5 motivos por lo cuales acudirán a consulta:**

-VOMITA TODO

-DIFICULTAD RESPIRATORIA

-TOS EXIGENTE MAS DE 1 SEMANA

-FIEBRE MAS DE 3 DIAS

-FIEBRE QUE NO CEDE CON LAS CUATRO MEDIDAS BASICAS.

TARJETAS MOVILES CON SINTOMAS  
DE INFECCIONES VIRALES

SECRECION NASAL

TOS

FIEBRE

DIARREA

VOMITO

LAMINAS PARA ASOCIAR CON  
SINTOMAS DE INFECCIONES  
VIRALES

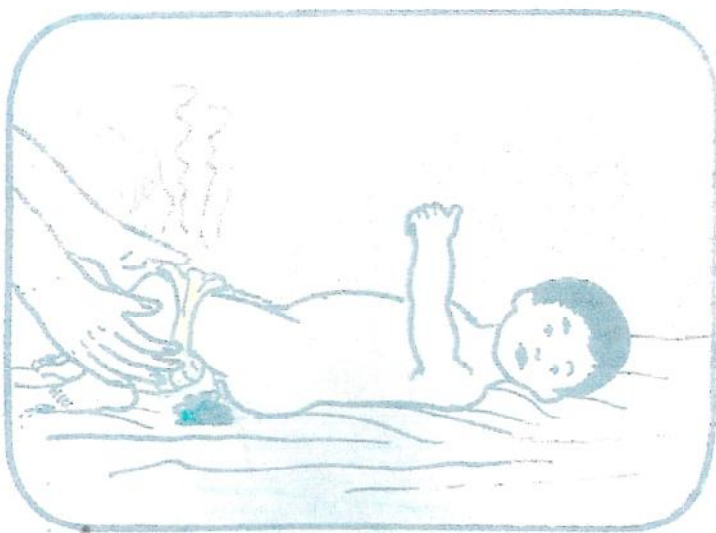


# LAMINAS PARA ASOCIAR CON SINTOMAS DE INFECCIONES VIRALES





LAMINAS PARA ASOCIAR CON  
LETREROS DE SINTOMAS DE  
INFECCIONES VIRALES



## **CASOS PARA CUANDO ACUDIR A CONSULTA**

NIÑA 2 MESES CON SECRECION NASAL, FIEBRE, TOS  
(CUANDO ACUDIR: POR TOS, POR FIEBRE, POR SECRECION NASAL, POR DIFICULTAD RESPIRATORIA)

NIÑO DE 4 MESES CON SECRECION NASAL, TOS, DIARREA  
(CUANDO ACUDIR: POR SECRECION NASAL, TOS, DIARREA, SI VOMITA TODO Y NO ACEPTA LIQUIDOS)

NIÑA DE 1 MES CON SECRECION NASAL, TOS, FIEBRE.  
CUANDO ACUDIR: POR SECRECION NASAL, TOS, FIEBRE, SI FIEBRE DURA MAS DE 3 DIAS)

NIÑO DE 3 MESES CON SECRECION NASAL, TOS, FIEBRE, DIARREA  
CUANDO ACUDIR: POR SECRECION NASAL, TOS, DIARREA, FIEBRE, TOS PERSISTENTE MÁS DE 1 SEMANA)



## TARJETAS MOVILES CON MOTIVOS DE CONSULTA PARA INFECCIONES VIRALES:

DIFICULTAD RESPIRATORIA

VOMITA TODO

TOS EXIGENTE MAS DE 1 SEMANA

FIEBRE MAS DE 3 DIAS

FIEBRE QUE NO DISMINUYE CON LAS 4 MEDIDAS  
BASICAS



## 2. Segunda parte: AUTOESTIMA

### Definición

Es la forma como nos percibimos, valoramos a nosotros mismos.

Depende de cómo fuimos criados en nuestra infancia

Hoy ustedes están criando a sus hijos

Recuerden que sus actitudes como madres contribuirán a que ellos:

Tengan alta autoestima o

Pueden condicionar a que ellos tengan baja autoestima

Las madres al influir en la formación de la personalidad de un nuevo ser humano tenemos una gran responsabilidad para con nuestros hijos, para con nuestra familia y para con la sociedad de ahí que sea fundamental fortalecer nuestra autoestima.

Explicar que cuando las madres aplican sus conocimientos (lo que han aprendido) demuestran:

-seguridad

-confianza en sí misma

-valoración de ustedes

-eso significa que tienen autoestima alta

-son modelos a sus hijos.

-son valores que transmiten en su hogar.

Por el contrario cuando la mamá sabe y no aplica sus conocimientos significa

Que tiene poca confianza en sí misma

No tiene seguridad

No se valora

Es como si se comportara como una niña asustada

Quiere decir que su autoestima es baja

Es actitud frente a la vida se transmite en su hogar

Son modelos en sus hijos

### PALABRAS CLAVE EN AUTOESTIMA

**AUTOESTIMA ALTA**

**SEGURIDAD**

**CONFIANZA EN SI MISMA**

**SE VALORA**

**AUTOESTIMA BAJA**

**POCA CONFIANZA**

**NO TIENE SEGURIDAD**

**NO SE VALORA**

## TRIPTICO DE AUTOESTIMA

### RECUERDE

#### LA AUTOESTIMA:

ES LA FORMA COMO  
NOS VALORAMOS.



ES UNA  
ACTITUD  
FRENTE A LA  
VIDA.

LA AUTOESTIMA  
DE LA MADRE  
INFLUYE COMO  
MODELO EN SUS  
HIJOS



LA FAMILIA  
FORMA LA  
AUTOESTIMA  
DE LOS  
HIJOS

ES PARTE  
DE LA SALUD  
MENTAL



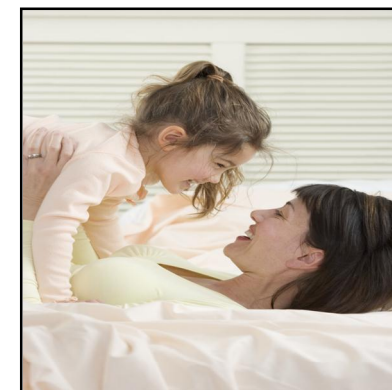
#### LA FAMILIA AL CUIDAR LA SALUD MENTAL DEL NIÑO:



CONTRIBUYE  
A SU DESARROLLO COMO  
SER HUMANO

Policlínico  
Hna María Don Rose  
Sutmoller  
ESSALUD

#### AUTOESTIMA MATERNA Y



#### DESARROLLO DE LOS NIÑOS

Dra. Mónica Briceño Aliaga  
MEDICO PEDIATRA

Atención Integral del Niño  
y Adolescente

## AUTOESTIMA

ES LA FORMA COMO NOS  
PERCIBIMOS, VALORAMOS A  
NOSOTROS MISMOS.

### ¿CÓMO SE FORMA LA AUTOESTIMA?



DEPENDE DE  
CÓMO FUIMOS  
CRIADOS EN  
NUESTRA  
INFANCIA.

EN EL  
PRIMER AÑO  
DE VIDA  
LA MADRE  
TIENE UN  
ROL  
FUNDAMENTAL.



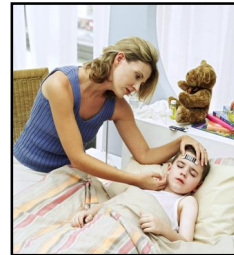
LUEGO ES LA FAMILIA  
LA ESCUELA Y LA SOCIEDAD

## TIPOS DE AUTOESTIMA

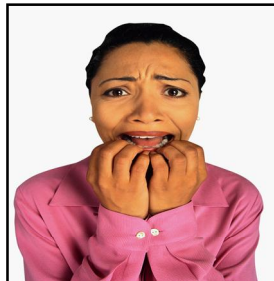
- ALTA AUTOESTIMA
- BAJA AUTOESTIMA

### TIENE AUTOESTIMA ALTA

SI ES QUE LA  
MADRE DEMUESTRA:  
-QUE SE VALORA  
-SEGURIDAD  
-CONFIANZA EN  
SI MISMA  
EN EL CUIDADO  
DE SU NIÑO



### TIENE AUTOESTIMA BAJA



SI ES QUE LA  
MADRE  
DEMUESTRA  
QUE:  
-NO SE VALORA  
-NO TIENE  
SEGURIDAD  
-TIENE Poca  
CONFIANZA  
EN SI MISMA  
EN EL CUIDADO  
DE SU NIÑO

COMO INFLUYE  
LA AUTOESTIMA  
MATERNA EN  
EL DESARROLLO  
DE SUS HIJOS?



LA MADRE ES MODELO PARA SUS  
HIJOS



MADRE CON  
ALTA  
AUTOESTIMA,  
HIJOS  
INDEPENDIENTES,  
SEGUROS DE  
SI MISMOS.

MADRE CON  
BAJA  
AUTOESTIMA  
HIJOS  
DEPENDIENTES  
TEMEROSOS





## **RESUMEN DE LA INTERVENCION EDUCATIVA:**

### **RECORDEMOS**

HE APRENDIDO QUE CUANDO MI NIÑO PRESENTA SECRECION NASAL, TOS, FIEBRE Y DIARREA TIENE UNA ENFERMEDAD LLAMADA **INFECCION VIRAL**.

#### **SE QUE PUEDO AYUDARLO:**

PARA LA SECRECION NASAL:

LIMPIAR SUS FOSAS NAALES Y

A VECES SUERO FISIOLÓGICO.

PARA LA TOS: LIQUIDOS TIBIOS

PARA LA DIARREA: PANETELA

PARA LA FIEBRE: PAÑOS AGUA TIBIA, PARACETAMOL, BAÑO CON AGUA TIBIA Y ANTALGINA, EN ESE ORDEN.

#### **SE QUE LA INFECCION VIRAL:**

NO SE CURA CON ANTIBIOTICOS,

DURA 1 SEMANA

LA FIEBRE DURA 3 DIAS

#### **SE QUE CONSULTARE A MI MEDICO SI MI HIJO:**

-VOMITA TODO

-TIENE DIFICULTAD RESPIRATORIA

-LA FIEBRE DURA MAS DE 3 DIAS

-LA TOS ES EXIGENTE MÁS DE 1 SEMANA

-SI LA FIEBRE NO CEDE CON LAS CUATRO MEDIDAS BASICAS.

***AHORA QUE CONOZCO SOBRE INFECCIONES VIRALES***

***APLICARE MIS CONOCIMIENTOS***

***CONFIARE EN MIS CAPACIDADES***

***DESARROLLARE MI AUTOESTIMA***

ANEXO 9

**KIT BÁSICO DE MANEJO DE INFECCIONES VIRALES EN EL HOGAR**



**Anexo 10: Ficha Individual de Evaluación.**

<b>FICHA NUMERO</b>	<b>FECHA</b>			
<b>SEGUIMIENTO A LOS 4 MESES      Nombre de la Madre y del niño</b>				
<b>CONOCIMIENTOS</b> Su niño tuvo infección viral? Que síntomas presentó? Cuántos días puede durar la fiebre? Los antibióticos lo ayudarían?	<b>1 mes</b>	<b>2 meses</b>	<b>3 meses</b>	<b>4 meses</b>
<b>TRATAMIENTO</b> Cuando tuvo tos cómo lo controló? Cuando tuvo secreción nasal con qué ayudó a su niño? Cuando tuvo fiebre cómo la controló? Cuando tuvo diarrea qué hizo usted? Continuaría con su alimentación normal?				
<b>RAZONES POR LAS QUE CONSULTO</b> Cuando su niño tuvo infección viral qué hizo? Consultó con alguien? Qué la hizo consultar? En qué casos solicitaría usted atención si su niño tuviera una infección viral?				
<b>PERCEPCIÓN DE LA MADRE SOBRE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA</b> Si su niño se enfermara con infección viral cree usted que su actitud sería diferente? cómo? Cree que los talleres sobre infecciones virales han influido ante su actitud frente a la enfermedad de su niño?				